

# *Епоніми судово-медичних ознак, проб, методів, класифікацій*

Навчально-методичний посібник  
2-ге видання доповнене і перероблене

**Київ 2018**

**В.Д. Мішалов, В.В. Войченко, О.В. Дунаєв,  
Г.Б. Алексін, К.М. Сулоєв**

*Епоніми судово-медичних ознак, проб,  
методів, класифікацій*

Навчально-методичний посібник  
2-ге видання доповнене і перероблене

**Київ 2018**

УДК 61:340.6.001.4(072)

ББК 58 я 73

Е 68

**Рекомендовано до видання Міністерством освіти і науки України  
(№ 1.4/18-Г-937 від 06 травня 2008 р.)  
2-ге видання доповнене і перероблене**

У навчально-методичному посібнику представлені матеріали, складені у формі словника-довідника українською та російською мовами, які висвітлюють прізвище автора, назву ознак, проб, методів, класифікацій, що використовуються у практиці судово-медичної експертизи.

Посібник призначений для практичних занять та самостійної позааудиторної підготовки лікарів-інтернів, що навчаються за фахом «судово-медична експертиза», а також для лікарів - судово-медичних експертів.

**А в т о р и:**

**Мішалов Володимир Дем'янович** – д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини НМАПО імені П. Л. Шупика

**Войченко Валерій Володимирович** - к. мед. н., доцент, начальник КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» ДОР, Голова Асоціації судових медиків України

**Дунаєв Олександр Віталійович** - д. мед. н., професор кафедри судової медицини та медичного правознавства Харківського медичного університету

**Алексін Геннадій Борисович** - к. мед. н., доцент кафедри патологічної анатомії і судової медицини ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Сулоєв Костянтин Миколайович** - к. мед. н., доцент кафедри патологічної анатомії і судової медицини ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**Р е ц е н з е н т и:**

**Б.В. Михайличенко** - д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини та медичного правознавства Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**О.І. Герасименко** – д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини та основ права Донецького національного медичного університету імені М. Горького

**В.О. Ольховський** - д. мед. н., професор, завідувач кафедри судової медицини та медичного правознавства імені Заслуженого професора М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету

**ISBN 966-546-010-2**

© В.Д. Мішалов, В.В. Войченко, О.В. Дунаєв,  
Г.Б. Алексін, К.М. Сулоєв, 2018

## ПЕРЕДМОВА

Більшість судово-медичних експертів у своїй повсякденній роботі користуються назвами ознак, проб, методів, класифікацій, які були запропоновані у різні часи видатними діячами з біології, нормальної та патологічної анатомії людини, судової медицини та інш. Вони у поодинокій формі зустрічаються у підручниках, навчальних посібниках з судової медицини та словниках-довідниках судово-медичних термінів радянських та сучасних вітчизняних видань. З огляду на відсутність систематизації прізвище назв ознак, проб, методів, класифікацій, що найчастіше вживаються у практиці судово-медичної експертизи, і був створений цей посібник.

Навчальне видання призначене для широкого кола лікарів судово-медичних експертів, для лікарів-інтернів, що навчаються за фахом «судово-медична експертиза», а також для студентів вищих медичних навчальних закладів.

## Е П О Н І М И

**Абрикосова А.І.** розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для здійснення доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини таза. Перший розтин здійснюється від лівого до правого плеча вздовж нижніх країв ключиць, другий – перетинаючи перший розтин, здійснюється від щитоподібного хряща до пупа, огинаючи його зліва; над лобком лінія розтину роздвоюється і переходить на передні поверхні стегон.

**Абрикосова А.И.** разрез мягких тканей передней поверхности тела для осуществления доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. Первый разрез выполняется от левого до правого плеча вдоль нижних краев ключиц, второй разрез, пересекая первый, осуществляется от щитовидного хряща до пупка, обходя его слева, над лобком линия разреза раздваивается и разрезы переходят на передние поверхности бедер.

**Автандилова Г.Г.** розтини м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Перший розтин — від щитоподібного хряща до мечовидного відростка, далі до середини пахової складки (або по краю ребрової дуги до середньо-ключичної лінії зліва, далі – вертикально вниз до середини пахової складки). Другий розтин — у вигляді дуги над яремною вирізкою 10-12 см; далі - від передньої пахової лінії зліва уздовж ребрових дуг до передньої пахової лінії справа.

**Автандилова Г.Г.** разрезы мягких тканей передней поверхности тела для доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. Первый — от щитовидного хряща до мечевидного отростка, далее до середины паховой складки (или по краю реберной дуги до средне-ключичной линии слева, далее вертикально вниз до середины паховой складки). Второй разрез в виде дуги над яремной вырезкой 10-12 см; дальше - разрез от передней подмышечной линии слева вдоль реберных дуг до передней подмышечной линии справа.

*Автанділова Г.Г. – Тюкова А.І.* метод розтину серця і оцінки атеросклеротичних змін судин. При розтині перикарду відзначають стан його порожнини. Вимірюють довжину серця від основи аорти до верхівки, ширину і товщину (висоту) на рівні основи шлуночків. Одночасно візуально визначають форму серця. Для виявлення функціонального стану клапанів можна використовувати пробу Фагерланда. Серце розкривають «за напрямком руху крові», не перетинаючи вінцевих артерій. Верхівку відкидають догори так, щоб задня поверхня серця була звернена до прозектора. Проводять розтин правого передсердя, потім вводять браншу ножиць в порожнину правого шлуночка. Притиснувши браншу до міжшлуночкової перетинки і сильно відхиливши другу браншу вправо, розтинають задню стінку правого шлуночка (до верхівки) по лінії, що йде уздовж добре помітної середньої вени серця і задньої поздовжньої борозни, перетинаючи стінку шлуночка над міжшлуночковою перетинкою приблизно під кутом 45°. Потім серце повертають передньою поверхнею до себе і продовжують розтин по передній стінці правого шлуночка на 0,5 см лівіше за передню поздовжню борозну і закінчують введенням бранші в легеневу артерію і розтином її. Після огляду правої половини серце знову повертають задньою поверхнею до себе. Розкривши ліве передсердя горизонтально по напрямленню до міжпередсердної перетинки, вводять браншу в порожнину лівого шлуночка і, щільно притискуючи до міжшлуночкової перетинки (нахиливши верхню браншу дещо вліво), розтинають задню стінку серця до верхівки точно по першому розтину, виконаного при розтині правого шлуночка. Після цього серце кладуть верхівкою до себе і продовжують розтин по його передній стінці точно по першому розтину, для чого верхню браншу нахиляють вліво. Розтин аорти продовжують через гирла безіменної і лівої загальної сонної артерій до першого розтину. Оглядають ліву половину серця і виділену міжшлуночкову перетинку. Вінцеві артерії можна розкривати поперечними розтинами через кожні 5 мм, після чого кожен сегмент розкривають поздовжньо. Проте, зручніше поздовжньо розкривати артерії від їх гирл тупокінцевими очними ножицями.

ми. Спочатку слід розкривати праву вінцеву артерію. Гілку лівої вінцевої артерії розкривають так само, вводячи браншу в її гирло, злегка відхиляючи браншу вліво, далі розкривають низхідну гілку на всьому протязі. Всі три відрізки можна відсепарувати і видалити разом з аортою, для чого її відсікають на рівні країв півмісяцевих клапанів. При розтині вінцевих артерій відзначають характер кровопостачання серця: переважно лівий, правий, середній, середньо-правий, середньо-лівий. Після розтину судин визначають атеросклеротичне ураження інтими. Після розтину серця відзначають стан сосочкових м'язів лівого шлуночка і трабекулярних м'язів правого шлуночка. Вимірюють товщину бічних стінок шлуночків на рівні середини відстані від клапанів до верхівки. Відзначають аневризми серця, дилатацію різних його відділів. Детально описують вигляд, форму і розміри інфаркту міокарду, характер розриву і тампонади. Відзначають локалізацію і ступінь вираженості фіброеластозу ендокарду. Зіставляють над клапанами і легеневої артерії, причому останній в нормі приблизно на 1 см є більшим периметру аорти, що має значення для оцінки нормального співвідношення кількості крові, що циркулює у великому і малому колах. Потім вимірюють тракти, що приносять і виносять кров із шлуночків. Довжину тракту, що приносить, визначають, вимірюючи відстань від фіброзного кільця мітрального клапана до верхівки лівого шлуночка і від фіброзного кільця тріохспулярного клапана до верхівки правого шлуночка. Тракт, що виносить, вимірюють від верхівки лівого або правого шлуночка до клапанів аорти або легеневої артерії. Зіставлення довжини вказаних трактів, з урахуванням форми порожнин шлуночків серця, дозволяє більш вірогідно судити про наявність тоногенної або міогенної дилатації відділів серця. Серце зважують після розтину і звільнення від крові та її згортків. Після дослідження за вказаною методикою, серце без вінцевих артерій звільняють від жиру і клапанів. Стінки шлуночків відсікають точно по вінцевих борознах, а міжшлуночкову перетинку — на рівні прикріплення клапанів. Ці відділи зважують окремо. На підставі отриманих даних, можна обчислити ряд показників, що відображають функціональний стан

серця. Обчислюють «шлуночковий індекс», тобто відношення чистої маси правого шлуночка до маси лівого, «серцевий індекс» — відношення маси серця до загальної маси тіла (цей індекс не завжди достовірний). Середні показники у здорових дорослих людей: маса лівого шлуночку — 150 г, правого, — 70 г, процентний показник маси лівого шлуночка — 59, правого — 26, «шлуночковий індекс» — 0,4-0,6, «серцевий індекс» — 0,004-0,006. Якщо шлуночковий індекс більше 0,6 - є патологічні зміни, що характеризують гіпертрофію правого шлуночка, менше 0,4 — гіпертрофію лівого шлуночку. Запропонований у 1972 році.

*Автандилова Г.Г. – Тюкова А.И.* метод вскрытия сердца и оценки атеросклеротических изменений сосудов. При вскрытии перикарда отмечают состояние его полости. Измеряют длину сердца от основания аорты до верхушки, ширину и толщину (высоту) на уровне основания желудочков. Одновременно визуально определяют форму сердца. Для выявления функционального состояния клапанов можно использовать пробу Фагерланда. Сердце вскрывают «по току крови», не пересекая венечных артерий. Верхушку откидывают кверху так, чтобы задняя поверхность сердца была обращена к прозектору. Вскрывают правое предсердие, затем вводят браншу ножниц в полость правого желудочка. Прижав браншу к межжелудочковой перегородке и сильно отклонив вторую браншу вправо, разрезают заднюю стенку правого желудочка (до верхушки) по линии, идущей вдоль хорошо заметной средней вены сердца и задней продольной борозды, пересекая стенку желудочка над межжелудочковой перегородкой примерно под углом 45°. Затем сердце поворачивают передней поверхностью к себе и продолжают разрез по передней стенке правого желудочка на 0,5 см левее передней продольной борозды и заканчивают введением бранши в легочную артерию и ее вскрытием. После осмотра правой половины сердца снова поворачивают заднюю поверхностью к себе. Вскрыв левое предсердие горизонтально по направлению к межпредсердной перегородке, вводят браншу в полость левого желудочка и, плотно прижимая к межжелудочковой перегородке



(наклонив верхнюю браншу несколько влево), разрезают заднюю стенку сердца до верхушки точно по первому разрезу, сделанному при вскрытии правого желудочка. После этого сердце кладут верхушкой к себе и продолжают вскрытие по его передней стенке точно по первому разрезу, для чего верхнюю браншу наклоняют влево. Вскрытие аорты продолжают через устья безымянной и левой общей сонной артерий до первого разреза. Осматривают левую половину сердца и целиком выделенную благодаря описанным разрезам межжелудочковую перегородку. Венечные артерии можно вскрывать поперечными разрезами через каждые 5 мм, после чего каждый сегмент вскрывают продольно. Однако удобнее продольно вскрыть артерии от устьев тупоконечными глазными ножницами. Сначала вскрывают правую венечную артерию. Огибающую ветвь левой венечной артерии вскрывают так же, вводя браншу в устье левой венечной артерии и слегка отклоняя ее влево, далее вскрывают нисходящую ветвь на всем протяжении. Все 3 отрезка можно отсепаровать и удалить вместе с аортой, для чего ее отсекают на уровне краев полулунных клапанов. При вскрытии венечных артерий отмечают характер кровоснабжения сердца: преимущественно левый, правый, средний, средне-правый, средне-левый. После вскрытия сосудов определяют атеросклеротическое поражение интимы. После вскрытия сердца отмечают состояние сосочковых мышц левого желудочка и трабекулярных мышц правого. Измеряют толщину боковых стенок желудочков на уровне середины расстояния от клапанов до верхушки. Отмечают аневризмы сердца, дилатацию различных его отделов. Подробно описывают вид, форму и размеры инфаркта миокарда, характер разрыва и тампонады. Отмечают локализацию и степень выраженности фиброэластоза эндокарда. Сопоставляют над клапанами периметры аорты и легочной артерии, последний в норме приблизительно на 1 см больше, что имеет значение для оценки нормального соотношения количества крови, циркулирующей в большом и малом круге. Затем измеряют приносящий и выносящий тракты желудочков. Длину приносящего тракта определяют, измеряя расстояние от фиброзного кольца митрального клапана до верхуш-

ки левого желудочка и от фиброзного кольца трехстворчатого клапана до верхушки правого желудочка, выносящий тракт измеряют от верхушки левого или правого желудочка до основания клапанов аорты или легочной артерии. Сопоставление длины приносящих и выносящих трактов с учетом формы полостей желудочков сердца позволяет более определенно судить о наличии тоногенной или миогенной дилатации отделов сердца. Сердце взвешивают после вскрытия и освобождения его от крови и свертков. После исследования по указанной методике, сердце без венечных артерий освобождают от жира и клапанов. Стенки желудочков отсекают точно по венечным бороздам, а межжелудочковую перегородку — на уровне прикрепления клапанов. Эти отделы взвешивают по отдельности. На основании полученных данных можно вычислить ряд показателей, отражающих функциональное состояние сердца. Вычисляют «желудочковый индекс», т. е. отношение чистого веса правого желудочка к весу левого, «сердечный индекс» — отношение массы сердца к общей массе тела (этот индекс не всегда достоверен). Средние показатели у здоровых взрослых людей: масса левого желудочка — 150 г, правого — 70 г, процентный показатель массы левого желудочка — 59, правого — 26, «желудочковый индекс» — 0,4-0,6, «сердечный индекс» — 0,004-0,006. Если желудочковый индекс больше 0,6, имеется сдвиг, характеризующий гипертрофию правого желудочка, менее 0,4 — гипертрофию левого желудочка. Предложен в 1972 году.

**Авцина А.П.** метод забарвлення мієлінових утворень в ЦНС шляхом імпрегнації гістологічних зрізів головного мозку фосфорно-молібденовим сріблом.

**Авцына А.П.** метод окраски миелиновых образований в ЦНС путем импрегнации гистологических срезов мозга фосфорно-молибденовым серебром.

**Адлера (Adler)** (бензидинова) попередня проба на кров. У кольорові попередні проби входять три інгредієнта: речовина, яка при окисненні змінює своє забарвлення, — індикатор (96% розчин бензидину в оцтовій кислоті або спирті); з'єднання, що легко віддає від себе кисень (перекис водню); речовина,

що містить переносник кисню, — фермент (кров). У присутності крові, що містить фермент каталазу, розчин бензидину, окислюючись, змінює свій колір — з рожевого переходить в блакитний. Для реакції можна використовувати фільтрувальний папір.

**Адлера** (Adler) (бензидиновая) предварительная проба на кровь. В цветочные предварительные пробы входят три ингредиента: вещество, которое при окислении меняет свою окраску, — индикатор (96% раствор бензидина в уксусной кислоте или спирте); соединение, легко отдающее от себя кислород (перекись водорода); вещество, содержащее переносчик кислорода, — фермент (кровь). В присутствии крови, содержащей фермент каталазу, раствор бензидина, окисляясь, меняет свой цвет — из розового переходит в синий. Для реакции можно использовать фильтровальную бумагу.

**Алговера** индекс. Відношення частоти пульсу до систолічного тиску. Застосовується в клінічній практиці для визначення ступеня шоку. При шоці I ступеня — 0,6-0,8; II ступеня — 0,9-1,2; III ступеня — 1,3-1,4.

**Алговера** индекс. Отношение частоты пульса к систолическому давлению. Применяется в клинической практике для определения степени шока. При шоке I степени — 0,6-0,8; II степени — 0,9-1,2; III степени — 1,3-1,4.

**Аллюена** проба на збереження життя. Полягає в тому, що в око капають 5% розчин діоніну, і якщо є лімфоутворення, то око червоніє.

**Аллюэна** проба на сохранность жизни. Состоит в том, что в глаз капают 5% раствор дионина, и если есть лимфообразование, то глаз краснеет.

**Амюсса ознака.** Поперечні надриви внутрішньої оболонки сонних артерій, що виникають від розтягування при вільному висінні тіла в петлі. Ця ознака зустрічається від 2 до 18% випадків прижиттєвої странгуляції. Розриви і надриви зазвичай виникають на стороні, протилежній місцю розташування вузла, в ділянці біфуркації загальної сонної артерії, іноді нижче і вище за цей рівень. Описаний у 1825 році.

**Амюсса** признак. Поперечные надрывы внутренней оболочки сонных артерий, возникающие от растяжения при свободном висении тела в петле. Этот признак встречается от 2 до 18% случаев прижизненной странгуляции. Разрывы и надрывы обычно возникают на стороне, противоположной месту расположения узла, в области бифуркации общей сонной артерии, иногда ниже и выше этого уровня. Описан в 1825 году.

**Артуса** (Artus) ознака. Набряк у місці ін'єкції чужорідного білка.

**Артуса** (Artus) признак. Отек в месте инъекции чужеродного белка.

**Аршавского И.А.** класифікація внутрішньоутробної асфіксії, залежно від причин і умов її виникнення: 1) асфіксія токсичного характеру, переважно в період вагітності (еклампсія, токсикоз і ін.); 2) асфіксія в результаті родової травми; 3) асфіксія внаслідок аспірації слизу і навколоплідних вод у дихальні шляхи.

**Аршавского И.А.** классификация внутриутробной асфиксии в зависимости от причин и условий ее возникновения: 1) асфиксия токсического характера, преимущественно в период беременности (эклампсия, токсикозы и пр.); 2) асфиксия в результате родовой травмы; 3) асфиксия вследствие аспирации слизи и околоплодных вод в дыхательные пути.

**Арьева Т.Я.** метод. Площа невеликих опіків може бути швидко обчислена за допомогою долоні, оскільки розкрита долоня з долонними поверхнями пальців дорослої людини складає 1-1,1% поверхонь тіла.

**Арьева Т.Я.** метод. Площадь небольших ожогов может быть быстро вычислена с помощью ладони, так как раскрытая ладонь с ладонными поверхностями пальцев взрослого человека равна 1-1,1% поверхности тела.

**Асафьевой Н.И.** прискорений метод виявлення фіто- і псевдопланктону у внутрішніх органах. Він полягає в наступному: для дослідження беруть одну з нирок, не розтинаючи її. До виділення нирки накладають лігатуру біля її воріт, на сечоводи і судини, при цьому власна капсула не повинна ушкоджуватися. Потім нирку поміщають в чистий закритий посуд і направляють до лабораторії.

Все подальші етапи дослідження вимагають дотримання особливої чистоти. З цією метою посуд, інструменти і досліджуваний об'єкт багато разів обмивають дистильованою водою. У лабораторії з нирки знімається капсула, орган обмивається струменем дистильованої води і подрібнюється. Роздрібнена маса всієї нирки у фарфоровій чашці ставиться в розжарену муфельну піч на 4-5 годин. Через цей термін в чашці залишається невелика кількість білого залишку, до якого додають 5 мл розведення 1:2 соляної кислоти. Після розчинення залишку вміст чашки переливають у центрифужні пробірки. Чашка ополіскується 2-3 рази дистильованою водою. Об'єкт 4-5 разів центрифугується для видалення кислоти. Верхня частина рідини відділяється, а з декількох крапель, що залишилися на дні пробірки, готують препарати, які далі підлягають мікроскопії при звичайному освітленні (для виявлення діатомових водоростей) і в поляризованому світлі (для виявлення піщинок). Запропонований у 1958 році.

*Асафьевой Н.И.* ускоренный метод выявления фито- и псевдопланктона во внутренних органах. Он заключается в следующем: для исследования берут одну из почек, не вскрывая ее. До выделения накладывают лигатуру около ворот почки, на мочеточники и сосуды, при этом собственная капсула не должна повреждаться. Затем почку помещают в чистую закрытую посуду и направляют в лабораторию. Все последующие этапы исследования требуют соблюдения особой чистоты. С этой целью посуда, инструменты и исследуемый объект многократно обмывают дистиллированной водой. В лаборатории с почки снимается капсула, орган обмывается струей дистиллированной воды и измельчается. Размельченная масса всей почки в фарфоровой чашке ставится в раскаленную муфельную печь на 4-5 часов. Через этот срок в чашке остается небольшое количество белого остатка, к которому добавляют 5 мл разведенной 1:2 соляной кислоты. После растворения остатка содержимое чашки переливают в центрифужные пробирки. Чашка ополаскивается 2-3 раза дистиллированной водой. Объект 4-5 раз центрифугируется до удаления кислоты. Верхняя часть жидкости удаляется, а из нескольких капель, оставшихся на дне

пробирки, приготавливают препараты, которые микроскопируются при обычном освещении (для обнаружения диатомей) и в поляризованном свете (для обнаружения песчинок). Предложен в 1958 году.

**Атакишицева А.Р.** ознака. Множинні крупновогнищеві крововиливи і різке повнокров'я у верхніх шийних симпатичних вузлах що виявляються при мікроскопічному дослідженні при повішенні в петлі. Описаний у 1958 році.

**Атакишицева А.Р.** признак. Множественные крупноочаговые кровоизлияния и резкое полнокровие в верхних шейных симпатических узлах выявляемые при микроскопическом исследовании при повешении в петле. Описан в 1958 году.

**Ашгейма З.-Цондека Б.** (Ascheim S., Zondek B.) біологічна проба на вагітність. У 1927 році в сечі вагітних жінок, а потім і в їх крові автори відкрили хоріонічний гонадотропний гормон — пролан, який володіє загальними властивостями з гіпофізарним лютеїнізуючим гормоном і є його аналогом. Він викликає в яєчниках мишей дозрівання граафових фолікулів і крововилив у їх порожнини, видимі макроскопічно (червоні крапки). Реакція дає вірний результат у 98%. Всі запропоновані біологічні проби полягають у введенні сироваток крові або витяжок з плям крові (сечі) експериментальною твариною. Незрілим мишам (3-4 тижні) уприскують під шкіру сечу жінки. Позитивний результат реакції свідчить про наявність в досліджуваній крові хоріонічного гонадотропного гормону, а отже, про належність даної крові вагітній жінці. Не дивлячись на високу чутливість і специфічність, біологічні проби мають ряд недоліків. Проведення біологічних проб трудомістке, результати дослідження можуть бути отримані лише через 48-100 годин. У лабораторії необхідний віварій. На результати біологічних проб впливає коливання сезонної реактивності тварин, чутливість яких залежить від пори року, температури зовнішнього середовища, умов утримання. У зв'язку з викладеними вище причинами біологічні проби не отримали застосування в судовій медицині. Запропонована в 1927 році.

**Ашгейма С.-Цондека Б.** (Ascheim S., Zondek B.) биологическая проба на

беременность. В 1927 году в моче беременных женщин, а затем и в их крови авторы открыли хорионический гонадотропный гормон — пролан, который обладает общими свойствами с гипофизарным лютеинизирующим гормоном и является его аналогом. Он вызывает в яичниках мышей созревание граафовых фолликулов и кровоизлияния в их полости, видимые макроскопически (красные точки). Реакция дает правильный результат в 98%. Все предложенные биологические пробы заключаются во введении сывороток крови или вытяжек из пятен крови (мочи) экспериментальным животным. Незрелым мышам (3-4 недели) впрыскивают под кожу мочу женщины. Положительный результат реакции свидетельствует о наличии в исследуемой крови хорионического гонадотропного гормона, а следовательно, о принадлежности данной крови беременной женщине. Несмотря на высокую чувствительность и специфичность, биологические пробы имеют ряд недостатков. Проведение биологических проб трудоемко, результаты исследования могут быть получены лишь через 48-100 часов. В лаборатории необходим виварий. На результаты биологических проб влияет колебание сезонной реактивности животных, чувствительность которых зависит от времени года, температуры внешней среды, условий содержания. В связи с изложенными выше причинами биологические пробы не получили применения в судебной медицине. Предложена в 1927 году.

***Ашшафенбурга синдром.*** Тимчасове гостре порушення психіки у формі афекту, розгубленості, іноді спостерігається у жінок під час пологів або безпосередньо після них. Має значення при експертизі дітовбивства або підозрі на нього.

***Ашшафенбурга синдром.*** Временное острое нарушение психики в форме аффекта, растерянности, иногда наблюдается у женщин во время родов или непосредственно после них. Имеет значение при экспертизе детоубийства или подозрении на него.

***Бакулєва С.Н.*** ознаки природного дихання новонародженого. Рівномірне відкриття альвеол, бронхів і бронхіол, порівняно тонкі міжальвеолярні перети-

нки, сплюснення респіраторного епітелію і туго натягнуті дугоподібні або кільцеподібні еластичні волокна, що виявляються при гістологічному дослідженні. Описані в 1944 році.

**Бакулева С.Н.** признаки естественного дыхания новорожденного. Равномерное открытие альвеол, бронхов и бронхиол, сравнительно тонкие межальвеолярные перегородки, уплощение респираторного эпителия и туго натянутые дугообразно или кольцеобразно эластические волокна, выявляемые при гистологическом исследовании. Описаны в 1944 году.

**Балагана С.І.** контактно-дифузійний метод (метод кольорових відбитків) — один з об'єктивних методів дослідження, що широко застосовується в судово-медичній практиці для виявлення металів в зоні ушкоджень на тілі і пошкоджень одягу людини. Суть методу зводиться до розчинення металу на об'єкті дослідження в електроліті, переходу його на фотопапір за рахунок дифузії іонів і виявленню металу на папері чутливими якісними хімічними реакціями під дією реактивів — проявника. Метод простий, при його використанні не відбувається втрати або ушкодження речових доказів, він може застосовуватися в лабораторіях, в морзі, навіть на місці події. Виявлення слідів металу використовують для встановлення факту дії на тіло або одяг металевих предметів і їх форми, визначення вхідного вогнепального отвору, відстані пострілу, для встановлення форми провідника струму і характеру металу, з якого він був виготовлений (при електротравмі) і т.д. Спочатку метод був запропонований як метод електрографії. Зараз він існує в декількох модифікаціях, його називають ще методом хроматографії. Запропонований в 1958 році.

**Балагана С.И.** контактно-диффузионный метод (метод цветных отпечатков) — один из объективных методов исследования, широко применяющийся в судебно-медицинской практике для выявления металлов в зоне повреждений на теле и одежде человека. Сущность метода сводится к растворению металла на объекте исследования в электролите, переходу его на фотобумагу за счет диффузии ионов и выявлению металла на бумаге чувствительными качественными



химическими реакциями под действием реактивов — проявителя. Метод прост, при его использовании не происходит утраты или повреждения вещественных доказательств, он может применяться в лабораториях, в морге, даже на месте происшествия. Выявление следов металла используют для установления факта воздействия на тело или одежду металлических предметов и их формы, определения входного огнестрельного отверстия, расстояния выстрела, для установления формы токопроводника и характера металла, из которого он изготовлен (при электротравме) и т. д. Первоначально метод был предложен как метод электрографии. Сейчас он существует в нескольких модификациях, его называют еще методом хромотографии. Предложен в 1958 году.

**Баларда** (Balard San Pedro Anchochury) ознака смерті. Відсутність кровообігу шляхом реєстрації даних сфигмометра і осцилометра.

**Баларда** (Balard San Pedro Anchochury) признак смерти. Отсутствие кровообращения, регистрируемое сфигмометром и осцилометром.

**Бальтазара** (Baltazard) проба на живонародженість. Плавальна проба проводиться в гіпертонічному сольовому розчині.

**Бальтазара** (Baltazard) проба на живорожденность. Плавательная проба проводится в гипертоническом солевом растворе.

**Барра-Бертрамма** (Barr, Bertram) тельця. Статевий хроматин, у вигляді круглих тілець діаметром 1 мкм, вперше був виявлений в ядрах нервових клітин самок кішок в 1949 році. Потім було встановлено, що статевий хроматин властивий ядрам клітин всіх ссавців і людини. За даними А.В. Капустіна (1969) статевий хроматин зустрічається у чоловіків в ядрах 0-14% клітин, а у жінок — 31-77% клітин. Особливо чіткими статевими відмінностями володіють брилки напівкруглої форми, які у чоловіків або не виявляються, або зустрічаються не більше, ніж в ядрах 4% клітин.

**Барра-Бертрамма** (Barr, Bertram) тельца. Половой хроматин, в виде круглых телец диаметром 1 мкм, впервые был обнаружен в ядрах нервных клеток самок кошек в 1949 году. Затем было установлено, что половой хроматин

присущ ядрам клеток всех млекопитающих и человека. По данным А.В. Капуста (1969) половой хроматин встречается у мужчин в ядрах 0-14% клеток, а у женщин — 31-77% клеток. Особенно четкими половыми различиями обладают глыбки полукруглой формы, которые у мужчин или не выявляются, или встречаются не более чем в ядрах 4% клеток.

**Барберіо-Чевідаллі** проба. Мікрокристалічна реакція для попереднього визначення наявності сперми в плямі. До краплі витяжки з плями на предметне скло додають 1-2 краплі водного розчину пікринової кислоти. За наявності сперми в плямі утворюються голковидні і еліпсоїдні кристали жовтого кольору. Реакція не специфічна. Запропонована в 1905 році.

**Барберіо-Чевідаллі** проба. Микрокристаллическая реакция, служащая для предварительного определения наличия спермы в пятне. К капле вытяжки из пятна на предметное стекло добавляют 1-2 капли водного раствора пикриновой кислоты. При наличии спермы в пятне образуются игловидные и эллипсоидные кристаллы желтого цвета. Реакция не специфична. Предложена в 1905 году.

**Барсегянц Л.О.** реакція (син. реакція фітагглютінації). Один з методів встановлення наявності сперми в плямі. Суть реакції в тому, що картопляний сік аглютинуює еритроцити незалежно від їх групової належності, але найвиразніше реагує з еритроцитами групи 0. Присутність сперми перешкоджає настанню фітагглютінації. Компонентом картопляного соку, що діє, є аскорбінова кислота. Активним компонентом сперми, що блокує дію аскорбінової кислоти, в даній реакції, є тестостерон, який міститься в сперматозоїдах і в насінній рідині, а також їх лужне середовище. Реакція розроблена в 1965-1970 роках.

**Барсегянц Л.О.** реакция (син. реакция фитагглютинации). Один из методов установления наличия спермы в пятне. Сущность реакции в том, что картофельный сок агглютинирует эритроциты независимо от их групповой принадлежности, но наиболее отчетливо реагирует с эритроцитами группы 0. Присутствие спермы препятствует наступлению фитагглютинации. Действующим

компонентом картофельного сока, являється аскорбинова кислота. Активним компонентом сперми блокуючим агглютинируюче дієвство аскорбинової кислоти в даній реакції, являється тестостерон, який содержится в сперматозоонах і в семенній рідині, а також їх щелочна середовище. Реакція розроблена в 1965-1970 роках.

**Бассарда А.** (Bussard A.) метод електропреципітації або стрічного імунноелектрофореза. Цей метод є комбінацією реакції преципітації в гелі і електрофорезу. Відомо, що при електрофорезі від катода до анода рухаються більшість білкових фракцій, зокрема альбумін, а гамаглобулін залишається в ділянці старту або просувається дещо у бік катода. Таким чином, якщо в лунку, розташовану ближче до катода, помістити витяжку з плями крові, а в лунку розташовану ближче до анода, помістити преципітуючу сироватку, то при електрофорезі альбумін, що знаходиться у витяжці з плями крові, пересуватиметься до анода, а назустріч йому до катода рухатиметься гамаглобулін преципітуючої сироватки. Відомо, що антитіла, і зокрема преципітини, в основному містяться в гамаглобуліновій фракції сироватки. Преципітат же утворюється головним чином за рахунок альбуміну. Таким чином, компоненти, що створюють преципітат (при електрофорезі у вказаних умовах), просуватимуться назустріч один до одного і при зустрічі гомологічних антигену і антитіла утворюється преципітат. У електричному полі відбувається прискорення руху цих білків в гелі назустріч один до одного. Якщо при звичайній реакції в гелі білки просто дифундують і для утворення преципітату потрібна доба і навіть більше, то при електропреципітації в гелі цей термін обмежується при певній методиці 20-30 хвилинами. Запропонований у 1959 році.

**Бассарда А.** (Bussard A.) метод електропреципітатиі или встречного иммунноэлектрофореза. Этот метод представляет собой комбинацию реакции преципитации в геле и электрофореза. Известно, что при электрофорезе от катода к аноду движется большинство белковых фракций, в частности альбумин, а гамма-глобулин остается в области старта либо продвигается несколько в сто-

рону катода. Таким образом, если в лунку, расположенную ближе к катоду, поместить вытяжку из пятна крови, а в лунку расположенную ближе к аноду, поместить преципитирующую сыворотку, то при электрофорезе альбумины, находящиеся в вытяжке из пятна крови, будут передвигаться к аноду, а навстречу им к катоду будет двигаться гамма-глобулин преципитирующей сыворотки. Известно, что антитела, и в частности преципитины, в основном содержатся в гамма-глобулиновой фракции сыворотки. Преципитат же образуется главным образом за счет альбуминов. Таким образом, компоненты, образующие преципитат (при электрофорезе в указанных условиях), будут продвигаться навстречу друг к другу и при встрече гомологичных антигена и антитела образуется преципитат. В электрическом поле происходит ускорение движения этих белков в геле навстречу друг к другу. Если при обычной реакции в геле белки просто диффундируют и для образования преципитата требуются сутки и даже больше, то при электропреципитации в геле этот срок ограничивается при определенной методике 20-30 минутами. Предложен в 1959 году.

**Бекляра ядра.** Ядро окостеніння нижнього епіфіза стегна, що з'являється зазвичай на 10 місячному місяці, і має діаметр 0,5-0,6 мм. Описані у 1819 році.

**Бекляра ядра.** Ядро окостенения нижнего эпифиза бедра, появляющееся обычно на 10 лунном месяце, и имеющее диаметр 0,5-0,6 мм. Описаны в 1819 году.

**Бейля-Амі** спосіб спектрографії доказу наявності частинок металів навколо вхідного вогнепального отвору. Запропонований в 1928 році.

**Бейля-Ами** спектрографический способ доказательства наличия частиц металлов вокруг входного огнестрельного отверстия. Предложен в 1928 году.

**Беліна М.** ознака дії холоду на організм. Цегляно - червоний колір оболонок і поверхні мозку. Описаний в 1872 році.

**Белина М.** признак действия холода на организм. Кирпично-красный цвет оболочек и поверхности мозга. Описан в 1872 году.

**Бєлоглазова** ознака (син. феномен «котячого ока»). Одна з ознак, що вказує на настання смерті, який полягає у тому, що при здавленні очного яблука по бокам зіниця набуває вигляду вузької вертикальної щілини, а при тиску зверху донизу — зіниця горизонтально подовжена. Спостерігається вже через 10-15 хвилин після настання смерті. При здавленні очного яблука у живої людини форма зіниці не змінюється.

**Бєлоглазова** признак (син. феномен «кошачьего глаза»). Один из признаков, указывающий на наступившую смерть, который заключается в том, что при сдавливании с боков глазного яблока зрачок приобретает вид узкой вертикальной щели, а при давлении сверху вниз — горизонтально удлинённой. Наблюдается уже через 10-15 минут после наступления смерти. При сдавлении глазного яблока у живого человека форма зрачка не меняется.

**Бентам** (Bentham) англійський юрист, який в 1834 році ввів назву «деонтологія», як «вчення про спеціальні обов'язки, пов'язані з будь-якими соціальними або професійними нормами».

**Бентам** (Bentham) английский юрист, который в 1834 году ввел название «деонтология», как «учение о специальных обязанностях, связанных с какими-либо социальными или профессиональными нормами».

**Бернарда В.Г.** проба секрету з каналу шийки матки, застосовується при експертизі незайманості та статевих зносин, що мали місце, у осіб жіночої статі. Полягає в тому, що при гінекологічному дослідженні осіб, що випробували статеве відчуття або що займаються мастурбацією, з каналу шийки матки з'являються в значній кількості густуваті виділення молочного кольору з сіруватим відтінком. У жінок 30-35 років, що живуть статевим життям, ці виділення сіруватого кольору, водянисті. У дівчат, що не займалися мастурбацією і не знайомі зі статевими відчуттями, слиз з каналу шийки при гінекологічному дослідженні зазвичай не виділяється. Запропонована в 1940 році.

**Бернарда В.Г.** проба секрета из канала шейки матки, применяется при экспертизе девственности и состоявшегося совокупления у лиц женского пола.

Состоит в том, что при гинекологическом исследовании лиц, испытавших половое ощущение или занимающихся мастурбацией, из канала шейки матки появляются в значительном количестве густоватые выделения молочного цвета с сероватым оттенком. У женщин 30-35 лет, живущих половой жизнью, эти выделения сероватого цвета, водянистые. У девушек, не занимавшихся мастурбацией и не знакомых с половыми ощущениями, слизь из канала шейки при гинекологическом исследовании обычно не выделяется. Предложена в 1940 году.

**Бернхейма П.-Вейла Е.-Брогарда Р.** (Bernheim P., Weil E., Brogard H.) реакция доказу присутності гемоглобіну за допомогою гаптоглобіна. Реакцію проводять в пробірках. У першу і другу пробірки поміщають витяжку з досліджуваної плями. У другу пробірку додають гаптоглобін. У третій пробірці міститься тільки розчин гаптоглобіна. Далі у всі пробірки додають однакову кількість реактиву, що містить бензидин і перекис водню. Якщо в досліджуваній плямі є кров, то розчин в першій пробірці забарвлюється відносно слабо. У другій пробірці матиме місце виразніше забарвлення в блакитний колір, а вміст третьої пробірки залишається незабарвленим. Різниця в забарвленні пояснюється тим, що комплекс гаптоглобін-гемоглобін, який міститься в другій пробірці, володіє, каталітичною дією, що і приводить до інтенсивнішого забарвлення цього комплексу, чим забарвлення одного гемоглобіну (у першій пробірці). Запропонована в 1964 році.

**Бернхейма П.-Вейла Е.-Брогарда Г.** (Bernheim P., Weil E., Brogard H.) реакция доказательства присутствия гемоглобина с помощью гаптоглобина. Реакцию проводят в пробирках. В первую и вторую пробирки помещают вытяжку из исследуемого пятна. Во вторую пробирку добавляют гаптоглобин. В третьей пробирке содержится только раствор гаптоглобина. Далее во все пробирки добавляют одинаковое количество реактива, содержащего бензидин и перекись водорода. Если в исследуемом пятне имеется кровь, то раствор в первой пробирке окрашивается относительно слабо. Во второй пробирке будет иметь место более сильное окрашивание в синий цвет, а содержимое третьей пробирки

остається неокрашеним. Разниця в окраске об'ясняється тем, що комплекс гаптоглобін-гемоглобін, який содержится во второй пробірке, обладает, по-видимому, каталитическим действием, что и приводит к более интенсивной окраске этого комплекса, чем окраска одного гемоглобина (в первой пробірке). Предложена в 1964 году.

**Бертільона А.** (Bertillon A.) система (син. бертільонаж) ідентифікації особи. Заснована на антропометрії, словесному портреті, і особливих прикметах людини. Запропонована в 1881 році.

**Бертильона А.** (Bertillon A.) система (син. бертильонаж) идентификации личности. Основана на антропометрии, словесном портрете, и особых приметах человека. Предложена в 1881 году.

**Бертольда** спосіб обчислення дати пологів. У жінки з правильним менструальним циклом пологи наступають в той термін, коли яєчник готується до менструації, що повертається в 10-й раз. Цей час знаходять, множачучи на 10 правильний менструальний період і віднімаючи з цього числа 12; тому жінка, у якій менструації з'являються кожні 28 днів, повинна мати пологи на 268-й день після дня закінчення останньої менструації.

**Бертольда** способ вычисления даты родов. У женщины с правильным менструальным циклом роды наступают в тот срок, когда яичник готовится к менструации, возвращающейся в 10-й раз. Это время находят, умножая на 10 правильный менструальный период и вычитая из этого числа 12; поэтому женщина, у которой менструации появляются каждые 28 дней, должна иметь роды на 268-й день после дня окончания последней менструации.

**Бертрана** реакція отримання кристалів геміну. Реактив: кристалічний хлористий магній — 1 г, дистильована вода — 1 г, гліцерин 30% — 5 г і крижана оцтова кислота — 20 г (сіль магнію розчиняється у дистильованій воді, потім додають гліцерин і оцтову кислоту). Краплю реактиву додають до сухого залишку випаруваного розчину досліджуваної речовини або до кірочки його на предметному склі і суміш закривають покривним склом. Препарат нагрівають на

слабкому полум'ї протягом декількох секунд. Якщо кров має велику давність або міститься у малій кількості, час нагрівання дещо збільшують. При мікроскопічному дослідженні виявляються у великій кількості кристали геміну. Реакція дуже чутлива. З її допомогою можна відкрити 0,0005 міліграм крові. Кип'ятіння крові і змішення її з іржею не перешкоджають отриманню кристалів. У крові, що загнила, вони не утворюються. Запропонована в 1931 році.

**Бертрана** реакция получения кристаллов гемина. Реактив: кристаллический хлористый магний — 1 г, дистиллированная вода — 1 г, глицерин 30% — 5 г и ледяная уксусная кислота — 20 г (соль магния растворяется в дистиллированной воде, затем прибавляются глицерин и уксусная кислота). Каплю реактива прибавляют к сухому остатку выпаренного раствора исследуемого вещества или к корочке его на предметном стекле, и смесь закрывают покровным стеклом. Препарат нагревают на слабом пламени в течение нескольких секунд. Если кровь имеет большую давность или содержится в малом количестве, время нагревания несколько увеличивают. При микроскопическом исследовании обнаруживаются в большом количестве кристаллы гемина. Реакция очень чувствительна. С ее помощью можно открыть 0,0005 мг крови. Кипячение крови и смешение ее с ржавчиной не препятствуют получению кристаллов. В загнившей крови они не образуются. Предложена в 1931 году.

**Беца** метод обчислення зросту людини по довжині окремих кісток (всього розрахований відсоток для 65 кісток). Довжину досліджуваної кістки треба помножити на 100 і розділити на цифру у відсотках, що показує довжину скелета. Щоб обчислити зріст людини потрібно до довжини скелета додати 5 см; наприклад, довжина плечової кістки 33 см, множимо на 100 і ділимо на 19,8, отримуємо:  $(33 \times 100) / 19,8 = 166,7$  см. Зріст (або ріст) людини:  $166,7 + 5 = 171,7$  см.

Досліджувана кістка	Відсоток зростання скелета
Висота голови	12,1
Ширина черепа	8,5
Довжина груднини	10,9
Довжина ключиці	8,8



Довжина плечової кістки	19,8
Довжина ліктьової кістки	16,3
Довжина променевої кістки	15,1
Довжина стегнової кістки	27,8
Довжина великогомілкової кістки	22,1
Довжина малогомілкової кістки	22,0

**Беца** метод вычисления роста человека по длине отдельных костей (всего рассчитан процент для 65 костей). Длину исследуемой кости надо умножить на 100 и разделить на цифру в процентах, показывающую длину скелета. Чтобы вычислить рост человека нужно к длине скелета прибавить 5 см; например, длина плечевой кости 33 см, умножаем на 100 и делим на 19,8, получаем:  $(33 \times 100) / 19,8 = 166,7$  см. Рост человека:  $166,7 + 5 = 171,7$  см.

Исследуемая кость	Процент роста скелета
Высота головы	12,1
Ширина черепа	8,5
Длина грудины	10,9
Длина ключицы	8,8
Длина плечевой кости	19,8
Длина локтевой кости	16,3
Длина лучевой кости	15,1
Длина бедренной кости	27,8
Длина большеберцовой кости	22,1
Длина малоберцовой кости	22,0

**Бінда** (Bind) проба на фосфор. Невеликий шматочок або крапля (блювотні або калові маси, сеча, кров, подрібнені внутрішні органи) досліджуваної речовини поміщається на підігріте предметне скло і розглядається під мікроскопом в темноті. За наявності фосфору в полі зору видно частинки, що світяться.

**Бинда** (Bind) проба на фосфор. Небольшой кусочек или капля (рвотные или каловые массы, моча, кровь, измельченные внутренние органы) исследуемого вещества помещается на подогретое предметное стекло и рассматривается под микроскопом в темноте. При наличии фосфора в поле зрения видны светящиеся частицы.

**Блосфельда** ознаки дії холоду на організм. «Морозне» почервоніння, садно на обличчі і кінцівках, м'яка шкіра, запалі очі, розм'якшення рогівок, зморшкуватість мошонки. Описані у 1860 році.

**Блосфельда** признаки действия холода на организм. «Морозная» краснота, ссадины на лице и конечностях, мягкая кожа, впалые глаза, размягчение роговиц, морщинистость мошонки. Описаны в 1860 году.

**Бойдена С.** (Boyden S.) реакція пасивної аглютинації. У 1951 році автор відзначив здатність еритроцитів, оброблених заздалегідь розчином таніну, фіксувати на своїй поверхні деякі білки. Впливаючи на такі еритроцити антитілом по відношенню до білка, що знаходяться на поверхні еритроцитів, можна викликати їх «пасивну» аглютинацію. Дукос (Ducos J.) в 1956 році запропонував скористатися феноменом, відкритим Бойденом, для визначення видової належності крові. З досліджуваної плями готують витяжку, яку інкубують з еритроцитами, обробленими таніном. До цих еритроцитів додають різні сироватки, що приципітують білки людини і тварин, і визначають за появою реакції пасивної аглютинації, якій тварині належить кров у плямі.

**Бойдена С.** (Boyden S.) реакция пассивной агглютинации. В 1951 году автор отметил способность эритроцитов, обработанных предварительно раствором танина, фиксировать на своей поверхности некоторые белки. Воздействуя на такие эритроциты антителом по отношению к белкам, находящимся на поверхности эритроцитов, можно вызывать их «пассивную» агглютинацию. Дукос (Ducos J.) в 1956 году предложил воспользоваться феноменом, открытым Бойденом, для определения видовой принадлежности крови. Из исследуемого пятна готовят вытяжку, которую инкубируют с эритроцитами, обработанными танином. К этим эритроцитам добавляют различные сыворотки, преципитирующие белки человека и животных, и определяют по появлению реакции пассивной агглютинации, какому животному принадлежит кровь в пятне.

**Бокаріуса М.С.** класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з широкими площинними поверхнями, дотичними до тіла лише частково; 2) пред-

мети з поверхнею, що має лінійний дотик (між гранями, що сходяться); 3) предмети з невеликою ударяючою поверхнею, яка може повністю відобразитися в ушкодженні. Запропонована у 1930 році.

**Бокариуса Н.С.** классификация тупых твердых предметов: 1) предметы с широкими плоскостными поверхностями, соприкасающимися с телом лишь частично; 2) предметы с поверхностью, имеющей линейное соприкосновение (между сходящимися гранями); 3) предметы с небольшой ударяющей поверхностью, которая может полностью отразиться в повреждении. Предложена в 1930 году.

**Бокариуса М.С.** ознака. Мікроскопічна діагностика прижиттєвого походження странгуляційної борозни. В ділянці прижиттєвої странгуляційної борозни має місце активна гіперемія шкіри і крововиливи, що розташовані у нижньому краї борозни. Межі крововиливів нерізкі, еритроцити далеко проникають у міжтканинні щілини, з боку клітин мальпігієвого шару спостерігається картина реакції на прижиттєве подразнення.

**Бокариуса Н.С.** признак. Микроскопическая диагностика прижизненного происхождения странгуляционной борозды. В области прижизненной странгуляционной борозды имеется активная гиперемия кожи и кровоизлияния, расположенные в нижнем крае борозды. Границы кровоизлияний нерезкие, эритроциты далеко проникают в межтканевые щели, со стороны клеток мальпигиевого слоя наблюдается картина реакции на прижизненное раздражение.

**Бон Иоган.** Автор твору «Medicina forensis specimen», що вийшов у 1690 році в Лейпцігу. Запропонована назва судово-медичної науки «судова медицина» було прийнято у більшості країн Європи.

**Бон Иоган.** Автор сочинения «Medicina forensis specimen», вышедшего в 1690 году в Лейпциге. Предложенное название судебно-медицинской науки «судебная медицина» было принято в большинстве стран Европы.

**Бреслау Б.** (Breslau B.) Проба на живонародженість. Заснована на явищі заковтування повітря і проникнення його в травний канал немовляти одночасно

з початком дихальних рухів. Для виконання проби перев'язують шлунок біля входу і виходу, а також петлі кишківника, де передбачається наявність повітря. Потім шлунок і кишківник витягують з трупа і занурюють в судину з чистою водою. За наявності повітря органи плавають. Шлунок і кишківник проколюють у воді, спостерігаючи, чи з'являться бульбашки. Вважається, що тонкий кишківник заповнюється повітрям впродовж перших 6 годин життя, на 12-у годину життя заповнюється і товстий кишечник. При розвитку гниття проба не достовірна. Проба запропонована німецьким акушером-гінекологом в 1862 році

**Бреслау Б.** (Breslau B.) Проба на живорожденность. Основана на явлении заглатывания воздуха и проникновении его в пищевой канал младенца одновременно с началом дыхательных движений. Для производства пробы перевязывают желудок у входа и выхода, а также петли кишечника, где предполагается наличие воздуха. Затем желудок и кишечник извлекают из трупа и опускают в сосуд с чистой водой. При наличии воздуха органы плавают. Желудок и кишечник прокалывают в воде, наблюдая, появятся ли пузырьки. Считается, что тонкий кишечник заполняется воздухом на протяжении первых 6 часов жизни, на 12-й час жизни заполняется и толстый кишечник. При развитии гниения проба не достоверна. Проба предложена немецким акушером-гинекологом в 1862 году.

**Бронштейна Е.З.** ознака. Крововилив у порожнину клиновидної пазухи черепа. Спостерігається при травмах черепа і інших ділянок тіла. Описаний у 1958 році.

**Бронштейна Е.З.** признак. Кровоизлияние в полость клиновидной пазухи черепа. Наблюдается при травмах черепа и других областей тела. Описан в 1958 году.

**Бруарделя П.** ознака. Екхімози в клітковині позаглоткового простору і рясні крововиливи в задню стінку глотки. Спостерігається при смерті від strangulacyjної асфіксії.

**Бруарделя II.** признак. Экхимозы в клетчатке заглочного пространства и обильные кровоизлияния в заднюю стенку глотки. Наблюдается при смерти от странгуляционной асфиксии.

**Брюша** метод бальзамування трупа, при якому просякнення тканин консервувачим розчином проводиться за допомогою спеціальних голок, канюль і шприців через природні канали організму (носові ходи, сечовипускний канал) без додаткових розтинів шкіри.

**Брюша** метод бальзамирования трупа, при котором пропитывание тканей консервирующим раствором производится с помощью специальных игл, канюль и шприцев через естественные каналы организма (носовые ходы, мочеиспускательный канал) без дополнительных разрезов кожи.

**Бурмана** формула визначення давності смерті (ДС) в годинах по охолодженню трупа:

$$ДС = \frac{36,9 - T}{0,889} \text{ де,}$$

36,9 — звичайна температура тіла; Т — температура трупа на момент дослідження в прямій кишці; 0,889 — коефіцієнт (середнє падіння температури тіла за годину). Запропонована в 1861 році.

**Бурмана** формула определения давности смерти (ДС) в часах по охлаждению трупа:

$$ДС = \frac{36,9 - T}{0,889} \text{ где,}$$

36,9 — обычная температура тела; Т — температура трупа на момент исследования в прямой кишке; 0,889 — коэффициент (среднее падение температуры тела в час). Предложена в 1861 году.

**Бушу-Хаберди А.** (Bush, Haberda A.) проба на живонародженість. При розгляді поверхні легень за допомогою лупи під плеврою в альвеолах добре видно бульбашки повітря у вигляді блискучих сріблястих білувато-сірих ділянок, якщо дитина дихала.

**Бушу-Хаберды А.** (Bush, Haberda A.) проба на живорожденность. При рассматривании поверхности легких с помощью лупы под плеврой в альвеолах хорошо видны пузырьки воздуха в виде блестящих серебристых беловато-серых участков, если ребенок дышал.

**Буальського И.В.-Флексига П.Е.** (Flechsigs P.E.) спосіб розтину головного мозку. Мозок укладають на середину препарувального столика основою донизу; його лобні долі повинні бути повернуті праворуч від експерта. Лівою рукою охоплюють півкулі і таким чином фіксують мозок, а правою, в якій знаходиться великий анатомічний або спеціальний мозковий ніж, проводять розтин через обидві півкулі одночасно. Розтинати починають на відстані близько 2 см над підставою лобних часток у напрямку до скроневих. Тут розтин повинен пройти так, щоб не пошкодити мозочок. У зв'язку з цим, на межі між скроневи́ми і потиличними частками декілька змінюють напрям ножа: його вістря злегка підводять з таким розрахунком, щоб розтин пройшов дещо вище за мозочок, не зачіпаючи останній. При розтинанні мозку ніж слід змочити і вести плавно, щоб кінець його приблизно впродовж 1 см вистояв назовні. Оглядають поверхню розтину головного мозку, визначають співвідношення між білою і сірою речовиною, структуру підкіркових вузлів, колір мозкової речовини, ступінь кровонаповнення, вологості, стан мозкових шлуночків, консистенцію тканини. У цих ділянках мозку можуть бути крововиливи, розм'якшення, пухлини, набряк, водянка і інші зміни. Для розтину IV шлуночку підводять мозочок лівою рукою черв'яком догори, так, щоб весь він лежав на долоні, а сполучена з ним частина головного мозку знаходилася на столі. Великим ампутаційним ножом обережно проводять розтин по черв'яку, прагнучи не пошкодити дно IV шлуночка. Розкривши ромбоподібну ямку, описують її вигляд, кровонаповнення, колір, епендімальну оболонку, а також крововиливи, якщо вони є. Потім розтинають півкулі мозочка: спочатку розтин проводять по «дре́ву життя» через всю півкулю з кожного боку, а потім кожну з півкуль мозочка розтинають на декілька перпен-

дикулярних пластинок. Далі розтинають міст мозку і довгастих мозок на декілька паралельних пластинок, перпендикулярних осі головного мозку.

**Буяльського І.В.-Флексига П.Е.** (Flechsig P.E.) способ вскрытия головного мозга. Мозг укладывают на середину препаровального столика основанием вниз; его лобные доли должны быть обращены вправо от вскрывающего.левой рукой охватывают полушария и таким образом фиксируют мозг, а правой, в которой находится большой анатомический или специальный мозговой нож, проводят разрез через оба полушария одновременно. Разрезать начинают на расстоянии около 2 см над основанием лобных долей по направлению к височным. Здесь разрез должен пройти таким образом, чтобы не повредить мозжечок. В связи с этим на границе между височными и затылочными долями несколько изменяют направление ножа: его острие слегка приподнимают с таким расчетом, чтобы разрез прошел несколько выше мозжечка, не задевая последний. При разрезании мозга нож следует смочить и вести плавно, чтобы конец его приблизительно на протяжении 1 см выстоял наружу. Осматривают поверхность разреза головного мозга, определяют взаимоотношения между белым и серым веществом, структуру подкорковых узлов, цвет мозгового вещества, степень кровенаполнения, влажности, состояние мозговых желудочков, консистенцию ткани. В этих областях мозга могут быть кровоизлияния, размягчения, опухоли, отек, водянка и другие изменения. Для вскрытия IV желудочка приподнимают мозжечок левой рукой червем кверху, так, чтобы весь он лежал на ладони, а соединенная с ним часть головного мозга находилась на столе. Большим ампутационным ножом осторожно проводят разрез по червю, стараясь не повредить дно IV желудочка. Вскрыв ромбовидную ямку, описывают ее вид, кровенаполнение, цвет, эпендимальную оболочку, а также кровоизлияния, если они имеются. Затем разрезают полушария мозжечка: сначала разрез проводят по «древу жизни» через все полушарие с каждой стороны, а затем каждое из полушарий мозжечка рассекают на несколько перпендикулярных пластинок, которые изучают. Затем рассекают мост мозга и продолговатый мозг на не-

скільки паралельних пластинок, перпендикулярних осі головного мозгу.

**Бистрова С.С.** «нафтова проба» для визначення прижиттєвого попадання у воду. Визначення присутності нафтопродуктів у вмісті і на слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту при утопленні проводиться люмінесцентним методом, шляхом візуальної оцінки їх характерної яскравої флюоресценції в ультрафіолетових променях. Для спостереження люмінесценції використовується переносна ртутно-кварцова лампа з пальником ПРК-4, забезпечена софітом з шторною діафрагмою і світлофільтром УФС-3, а також установка, що складається з люмінесцентного освітлювача ОІ-18 і стереомікроскопа МБС-2, забезпеченого перехідним тубусом для кріплення фотокамери і утримувачем «замикаючих» світлофільтрів. Визначення присутності нафтопродуктів в тканинах внутрішніх органів проводиться за допомогою люмінесцентного мікроскопа типу МЛ-2 в товстих зрізах (20-40 мікрон), залитих полівініловим спиртом. Запропонована в 1975 році.

**Быстрова С.С.** «нефтяная проба» для определения прижизненного попадания в воду. Определение присутствия нефтепродуктов в содержимом и на слизистой желудочно-кишечного тракта при утоплении производится люминесцентным методом, путем визуальной оценки их характерной яркой флюоресценции в ультрафиолетовых лучах. Для наблюдения люминесценции используется переносная ртутно-кварцевая лампа с горелкой ПРК-4, снабженная софитом со шторной диафрагмой и светофильтром УФС-3, а также установка, состоящая из люминесцентного осветителя ОИ-18 и стереомикроскопа МБС-2, снабженного переходным тубусом для крепления фотокамеры и держателем «запирающих» светофильтров. Определение присутствия нефтепродуктов в тканях внутренних органов производится при помощи люминесцентного микроскопа типа МЛ-2 в толстых срезах (20-40 микрон), залитых поливиниловым спиртом. Предложена в 1975 году.

**Вальхера К.** ознака. Темно-червоні крововиливи в місці прикріплення до груднини груднинно-ключично-соскоподібних м'язів. Вони спостерігаються ча-



стіше на трупах огрядних людей при вільному висінні тіла, як результат розтягування і розривів м'язових волокон. Зустрічається у 3-8% повішень.

**Вальхера К.** признак. Темно-красные кровоизлияния в месте прикрепления к грудино грудино-ключично-сосцевидных мышц. Они наблюдаются чаще на трупах тучных людей при свободном висении тела, как результат растяжения и разрывов мышечных волокон. Встречается в 3-8% повешений.

**Ван-Гизон** (van-Gison) спосіб забарвлення гістологічних препаратів. Зріз поміщають в гематоксилін Вейгерта; звідси на 5 хвилин у водопровідну воду і на 2 хвилини в розчин ван-Гизон (1% водний розчин кислого фуксину і насиченої пікринової кислоти); потім, протягом 1 хвилини миють у воді, зневоднюють в 95° спирті, просвітлюють спочатку в карболовій кислоті, потім в ксилолі і, нарешті, укладають в канадський бальзам.

**Ван-Гизон** (van-Gison) способ окраски гистологических препаратов. Срез помещают в гематоксилин Вейгерта; отсюда на 5 минут в водопроводную воду и на 2 минуты в раствор ван-Гизона (1% водный раствор кислого фуксина и насыщенной пикриновой кислоты); затем, в течение 1 минуты моют в воде, обезвоживают в 95° спирте, просветляют сначала в карболовой кислоте, потом в ксилоле и, наконец, заключают в канадский бальзам.

**Веймана В.** (W. Weimann) гістологічні ознаки електромітки— порожнечі (соти Шрідде, виникають переважно в тих ділянках, що мають велику товщину) рогового шару епідермісу, обгорання епідермісу, витягування клітин шиповидного (мальпігієвого) шару у вигляді щіток, відшаровування епідермісу від власної шкіри, схожість з вогнепальним пораненням, різка гіперемія судин з крововиливами. Описані в 1927 році.

**Веймана В.** (W. Weimann) гистологические признаки электрометки — пустоты (соты Шриdde, возникают преимущественно в областях имеющих большую толщину) рогового слоя эпидермиса, обгорание эпидермиса, вытягивание клеток шиповидного (мальпигиевого) слоя в виде щеток, отслоение эпи-

дермиса от собственно кожи, схожесть с огнестрельным ранением, резкая гиперемия сосудов с кровоизлияниями. Описаны в 1927 году.

**Вейнига-Шейнера** метод визначення давності утворення плям крові по ширині смуги хлоридів, які дифундують з плями, — спочатку на її периферію, а потім — за її межі. Чим старіше пляма, тим ширше смуга. Для того, щоб смуга була постійно видима, предмет-носій занурюють в 1%-ний розчин азотнокислого срібла. Давність походження кров'яної плями встановлюють, порівнюючи ширину утвореної смуги з еталонами. Запропонований в 1954 році.

**Вейнига-Шейнера** метод определения давности образования пятен крови по ширине полосы хлоридов, которые диффундируют из пятна — сначала на ее периферию, а потом — за ее границы. Чем старее пятно, тем шире полоса. Для того чтобы полоса была постоянно видима, предмет-носитель погружают в 1%-ный раствор азотнокислого серебра. Давность происхождения кровяного пятна устанавливают, сравнивая ширину образованной полосы с эталонами. Предложен в 1954 году.

**Вента-Вредена** (Wentd, Wreden) проба (вушна проба). Заснована на явищі надходження повітря в слухову трубу і барабанну порожнину при перших дихальних рухах. Наявність в порожнині середнього вуха слизу за відсутності повітря вважається доказом мертвонародження. За спостереженнями Вредена (1868 р.), зародкова слизиста оболонка барабанної порожнини «після енергійного дихання» представляє, вже через 12 годин помітний, а через добу повний зворотний розвиток. Якщо не було дихання, то, по Венту (1873 р.), в барабанній порожнині знаходяться складові частини середовища, що оточувала дитину на даний час.

**Вента-Вредена** (Wentd, Wreden) проба (ушная проба). Основана на явлении поступления воздуха в слуховую трубу и барабанную полость при первых дыхательных движениях. Наличие в полости среднего уха слизи при отсутствии воздуха считается доказательством мертворожденности. По наблюдениям Вредена (1868 г.), зародышевая слизистая оболочка барабанной полости «после

энергичного дыхания» представляет, будто-бы, уже через 12 часов заметное, а через сутки полное обратное развитие. Если не было дыхания, то, по Венту (1873 г.), в барабанной полости находятся составные части окружавшей в данное время ребенка среды.

**Віксніна Ю.С.- Покровського Є.Н.** ознака пострілу в притул. При локалізації вхідного вогнепального отвору у відповідних ділянках, в каналі ствола виявляють волосся. Описаний в 1962 році.

**Виксина Ю.С.-Покровского Е.Н.** признак выстрела в упор. При локализации входного огнестрельного отверстия в соответствующих областях, в канале ствола обнаруживают волосы. Описан в 1962 году.

**Виноградова І.В.** феномен. При пострілах з дальньої дистанції (коли немає дії супутніх компонентів пострілу) іноді навколо вхідної рани спостерігаються відкладення кіптяви. Цей факт пояснюється таким чином. Під час польоту кулі попереду неї утворюється ділянка стиснутого повітря, а за кулею — ділянка розрядженого повітря, закульний простір, в якому летить невелика кількість кіптяви. При проходженні кулі через першу перешкоду балістичні хвилі руйнуються, а кіптява, що знаходиться в закульному просторі, відкладається на другій перешкоді навколо вхідного отвору у вигляді променів, що розходяться. Для його визначення необхідні такі умови: 1) наявність двох мішеней (два шари одягу, одяг і шкіра); 2) відстань між мішенями повинна бути від 1 до 5 см; 3) швидкість польоту кулі повинна бути не менше 500 м/сек. Феномен Виноградова зустрічається рідко. Описаний в 1952 році.

**Виноградова И.В.** феномен. При выстрелах с дальней дистанции (когда нет действия сопутствующих компонентов выстрела) иногда вокруг входной раны наблюдаются отложения копоти. Этот факт объясняется следующим образом. Во время полета пули впереди ее образуется область сжатого воздуха, а за пулей область — разряженного воздуха, запульное пространство, в котором летит небольшое количество копоти. При прохождении пули через первую преграду баллистические волны разрушаются, а находящаяся в запульном про-

странстве копоть откладывается на второй преграде вокруг входного отверстия в виде расходящихся лучей. Для образования его необходимы следующие условия: 1) наличие двух мишеней (два слоя одежды, одежда и кожа); 2) расстояние между мишенями должно быть от 1 до 5 см; 3) скорость полета пули должна быть не менее 500 м/сек. Феномен Виноградова встречается редко. Описан в 1952 году.

**Вірхова Р.** метод дослідження трупа. Передбачає витягання кожного внутрішнього органу окремо з подальшим його дослідженням розтинами.

**Вирхова Р.** метод исследования трупа. Предусматривает извлечение каждого внутреннего органа отдельно с последующим его исследованием разрезами.

**Вірхова Р.** ніж реберний. Має вигляд великого, з товстою спинкою скальпеля, у якого клинок утворює значну кривизну, виражену сильніше у напрямку до кінця.

**Вирхова Р.** нож реберный. Имеет вид крупного, с толстой спинкой скальпеля, у которого клинок образует значительную кривизну, выраженную сильнее по направлению к концу.

**Вірхова Р.** ніж мозковий. Має двосічне лезо у вигляді тонкої пластинки заокругленої на кінці.

**Вирхова Р.** нож мозговой. Имеет обоюдоострое лезвие в виде тонкой пластинки заокругленной на конце.

**Вірхова Р.** реактив (33% КОН) для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові. Брилу усохлої крові кладуть на предметне скло, обережно її роздрібнюють і накривають покривним склом. Додають під покривне скло краплю 32-33% розчину КОН так, щоб вона заповнила простір між покривним і предметним склом. Розглядаючи тільки що приготовлений препарат, можна побачити червоно-бурі, червоні, темно-червоні брилки — конгломерат усохлих кров'яних тілець. Через 3, 5, 10, а іноді і більше хвилин, залежно від давності плями, можна відмітити набухання їх, прояснення меж між ними і відділення

деяких елементів від брилок і один від одного. Набухання походить від того, що водний розчин шляхом осмосу проникає в еритроцит і доводить його розмір до нормального. З погляду фізико-колоїдної теорії цей процес можна представити таким чином: білки у присутності луку абсорбують воду і, таким чином, набухання еритроцитів — можна розглядати, як їх «набряк».

**Вірхова Р.** реактив (33% КОН) для восстановления первоначального вида эритроцитов в засохшей крови. Глыбку засохшей крови кладут на предметное стекло, осторожно ее размельчают и накрывают покровным стеклом. Добавляют под покровное стекло каплю 32-33% раствора КОН так, чтобы она заполнила пространство между покровным и предметным стеклом. Рассматривая только что приготовленный препарат, можно увидеть красно-бурые, красные, темно-красные глыбки — конгломерат засохших кровяных телец. Спустя 3, 5, 10, а иногда и более минут, в зависимости от давности пятна, можно заметить набухание их, просветление границ между ними и отделение некоторых элементов от глыбок и от друг от друга. Набухание происходит оттого, что водный раствор щелочи путем осмоса проникает в эритроцит и доводит его размер до близких к нормальному. С точки зрения физико-коллоидной теории этот процесс можно представить следующим образом: белки в присутствии щелочи абсорбируют воду и, таким образом, набухание эритроцитов — можно рассматривать, как их «отек».

**Вірхова Р.** спосіб розтину головного мозку. Мозок розміщується на мілкій тарілці, блюді або столику, півкулями догори. Останні злегка розсовують пальцями лівої руки. На внутрішній поверхні якої-небудь півкулі, приблизно, на 1 см вище за мозолисте тіло і паралельно його краю, невеликим ножом, поставленим побічно, з ухилом до середини, проводять неглибокий розтин. Розтин цей повинен проникнути в порожнину бічного шлуночку. Коли останнє досягнуте, вводять в розтин ніж, лезом догори, і обережно розкривають ним передній і задній роги. При цьому відзначають кількість і якість вмісту шлуночку, а також стан епендими і судинного сплетення. Розкривши бічний шлуночок з одно-

го боку, роблять те ж саме і з іншою. Потім проводять у напрямку спереду - назад декілька подовжніх розтинів через мозкові півкулі з обох боків для визначення стану мозкової тканини. Вказані розтини не слід доводити до кінця, тобто розсікати мозок на окремі частини, мозок повинен складати одне ціле. Після дослідження півкуль мозку піднімають двома пальцями лівої руки мозолисте тіло, розсікають його через отвір Монро впоперек, від низу до верху, відгортають відрізки наперед і назад розкривають третій шлуночок і роблять ряд поперечних, паралельних один одному, глибоких розтинів через крупні сірі вузли мозку. Для розтину четвертого шлуночку і мозочка, між горбками четверохолмія і через верхній хробачок роблять подовжній розтин, проникаючий в порожнину четвертого шлуночку. Півкулі мозочка розкриваються площинними розтинами. Варолієв міст і довгастий мозок розтинають декількома поперечними розтинами, на невеликій відстані один від одного. Судини, що лежать на їх основі, щоб вони не заважали, слід видалити або віддалити убік. Спосіб Вірхова має ту значну перевагу, що від огляду не уникає жодна важлива і значна за об'ємом частина мозку, і в той же час, не порушується зв'язок між окремими частинами, так що, якщо мозок не дуже м'який, і розтин його проведений з обережністю, його можна скласти і додати йому, приблизно, колишній вигляд. Також при цьому способі цілком доступні огляду вміст шлуночків, епендима і судинні сплетення. Тому, в більшості випадків, де не потрібно проводити мікроскопічне дослідження мозку, цей спосіб слід віддати перевазі над всіма іншими. Необхідно, проте, сказати, що унаслідок ніжності мозкової тканини положення окремих частин при описаному способі значно порушується, і тому для тих випадків, коли мозок є необхідність зберегти, або де в мозку передбачаються тонкі, невидимі простим оком зміни, він мало придатний.

**Вірхова Р.** спосіб вскрытия головного мозга. Мозг помещается на мелкой тарелке, блюде или столике, полушариями кверху. Последние слегка раздвигают пальцами левой руки. На внутренней поверхности сперва одного какого-нибудь полушария, приблизительно, на 1 см выше мозолистого тела и парал-

лельно его краю, небольшим ножом, поставленным косвенно, с уклоном кнутри, проводят неглубокий разрез. Разрез этот должен проникнуть в полость бокового желудочка. Когда последнее достигнуто, вводят в разрез нож, лезвием кверху, и осторожно вскрывают им передний и задний рога. При этом отмечают количество и качество содержимого желудочка, а также состояние эпендимы и сосудистого сплетения. Вскрыв боковой желудочек с одной стороны, делают то же самое и с другой. Затем проводят спереди назад несколько продольных разрезов через мозговые полушария с обеих сторон для определения состояния мозговой ткани. Указанные разрезы не следует доводить до конца, то есть рассекать мозг на отдельные части, не соединенные друг с другом, мозг должен составлять одно целое. После исследования полушарий мозга приподнимают двумя пальцами левой руки мозолистое тело, рассекают его через отверстие Монро поперек, снизу вверх, отворачивают отрезки кпереди и кзади вскрывают третий желудочек и делают ряд поперечных, параллельных друг другу, глубоких разрезов через крупные серые узлы мозга. Для вскрытия четвертого желудочка и мозжечка, между бугорками четверохолмия и через верхний червячок делают продольный разрез, проникающий в полость четвертого желудочка. Полушария мозжечка вскрываются плоскостными разрезами. Варолиев мост и продолговатый мозг вскрывают несколькими поперечными разрезами, на небольшом расстоянии друг от друга. Сосуды, лежащие на основании их, чтобы они не мешали, следует при этом удалить или отстранить в сторону. Способ Вирхова имеет перед другими то огромное преимущество, что при нем не ускользает от осмотра ни одна важная и значительная по объему часть мозга, и в то же время не нарушается связь между отдельными частями, так что, если мозг не слишком мягок, и вскрытие его произведено с осторожностью, его можно сложить и придать ему, приблизительно, прежний вид. Точно также при этом способе вполне доступны осмотру содержимое желудочков, эпендима и сосудистые сплетения. Поэтому, в большинстве случаев, где не требуется впоследствии производить подробное микроскопическое

исследование мозга, этот способ следует предпочесть всем другим. Необходимо, однако, сказать, что вследствие нежности мозговой ткани относительное положение отдельных частей при описанном способе значительно нарушается, и потому для тех случаев, когда мозг хотят сохранить, или где в мозге предполагаются невидимые простым глазом изменения, он мало пригоден.

**Вишневського** плями. Одна з найбільш достовірних ознак смерті від дії низької температури. Плями Вишневського є наслідками поверхневих ерозій, крововиливів у слизову оболонку шлунка круглої або невизначеної форми, величиною від 0,1 до 0,6 см в діаметрі, як правило, бурого або темно-коричневого кольору (внаслідок дії на гемоглобін соляної кислоти шлунку і утворення солянокислого геміну), оточені блідим обідком. Їх число коливається від декількох до сотні, вони локалізуються на верхівках складок, легко знімаються спинкою ножа або струменем води. Мікроскопічно плями Вишневського зустрічаються у 75-90% всіх випадків смерті від дії низької температури. Вперше описані лікарем повіту з Чебоксар Казанської губернії С.М. Вишневським у 1895 році.

**Вишневського** пятна. Один из наиболее достоверных признаков смерти от действия низкой температуры. Пятна Вишневского представляют собой поверхностные эрозии, кровоизлияния в слизистую оболочку желудка круглой или неопределенной формы, величиной от 0,1 до 0,6 см в диаметре, как правило, бурого или темно-коричневого цвета (вследствие действия на гемоглобин соляной кислоты желудка и образования солянокислого гемина), окруженные бледным ободком. Число их от нескольких до сотни, они группируются на вершинах складок, легко снимаются спинкой ножа при поглаживании или струей воды. Микроскопически пятна Вишневского встречаются в 75-90% всех случаев смерти от действия низкой температуры. Впервые описаны уездным врачом из Чебоксар Казанской губернии С.М. Вишневским в 1895 году.

**Владимирського А.П.** проба на порох (фізична проба). Досліджувану частинку кладуть на предметне скло і підігрівають знизу полум'ям пальника до спалаху або плавлення. Залишки досліджують під мікроскопом. Частинки по-



роху мають характерну комірчасту структуру (вид застиглої піни). Запропонована в 1946 році.

**Владимирского А.П.** проба на порох (физическая проба). Исследуемую частицу кладут на предметное стекло и подогревают снизу пламенем горелки до вспышки или плавления. Остатки исследуют под микроскопом. Частицы пороха имеют характерную ячеистую структуру (вид застывшей пены). Предложена в 1946 году.

**Воробйова В.П.** спосіб обробки шкіри трупа при його бальзамуванні шляхом дії на ділянки, що підсохли, слабким розчином оцтової кислоти, вибілювання перекисом водню і подальшого просочення розчинами гліцерину і ацетату калія.

**Воробьева В.П.** способ обработки кожи трупа при его бальзамировании путем воздействия на подсохшие участки слабым раствором уксусной кислоты, отбеливания перекисью водорода и последующего пропитывания растворами глицерина и ацетата калия.

**Вольфа (Wolf)** метод визначення кількості карбоксигемоглобіна в крові, заснований на тому, що при певних рН і температурі  $O_2Hb$  випадає в осад швидше, ніж  $COHb$ . Таким чином, ці дві речовини можна відокремити один від одного і що залишився в розчині  $COHb$  визначити калориметрично. Запропонований в 1941 році.

**Вольфа (Wolf)** метод определения количества карбоксигемоглобина в крови, основан на том, что при определенных рН и температуре  $O_2Hb$  выпадает в осадок быстрее, чем  $COHb$ . Таким образом, эти два вещества можно отделить друг от друга и оставшийся в растворе  $COHb$  определить калориметрически. Предложен в 1941 году.

**Виводцева** рідина для збереження трупа. Склад —1700 мл гліцерину, 1000 мл води і 5 г тімола. Тімол спочатку розчиняють в невеликій кількості спирту і потім вже змішують з гліцериним і водою. Автор указує: «Переваги цієї рідини полягають в тому, що добре просочуючи тканини, вона не змінює по-

мітно їх кольору і щільності. Шкіра добре налитого цією рідиною трупа злегка просвічує, як зроблена з воску. Головним недоліком її є дорожнеча».

**Выводцева** жидкость для сохранения трупа. Состав — 1700 мл глицерина, 1000 мл воды и 5 г тимола. Тимол сначала растворяют в небольшом количестве спирта и затем уже смешивают с глицерином и водой. Автор указывает: «Преимущества этой жидкости заключаются в том, что, пропитывая хорошо ткани, она не изменяет заметно их цвета и плотности. Кожа хорошо налитого этой жидкостью трупа слегка просвечивает, как сделанная из воска. Главным недостатком ее является дороговизна».

**Гаазе** схема. Використовується для визначення внутрішньоутробного віку плоду за його довжиною: якщо довжина плоду менше 25 см, то з числа отримують квадратний корінь, якщо більше 25 см, то число ділиться на 5. Набуте значення і вказує на тривалість внутрішньоутробного віку в місячних місяцях.

**Гаазе** схема. Используется для определения внутриутробного возраста плода по его длине: если длина плода менее 25 см, то из числа извлекают квадратный корень, если более 25 см, то число делится на 5. Полученное значение указывает внутриутробный возраст в лунных месяцах.

**Галена К.** (Galenі С.) гідростатична проба з легенями трупів новонароджених немовлят проводиться для встановлення їх живо- або мертвонародження. З трупа немовляти після перев'язки трахеї в ділянці ший і стравоходу під діафрагмою витягують легені разом з серцем і тимусом. Все це опускають в судину з водою і відзначають, чи плаває цей комплекс. Потім випробовують чи плавають легені окремо, його долі і окремі шматочки. Проба вважається позитивною, якщо органокомплекс в цілому і його фрагменти плавають, тобто дитина після народження дихала. Ця проба в судовій медицині названа на честь Клавдія Галена, великого давньоримського лікаря II століття н.е. Він багато уваги приділяв вивченню анатомії. В ті часи існувала строга заборона на розтин трупів людини, але він все ж таки проводив анатомічні дослідження, використовуючи для цього трупи страчених злочинців, загиблих на арені Колізею гладіато-

рів, а також трупи новонароджених немовлят, викинутих ночами на вулиці після таємних пологів. У своїй знаменитій праці по анатомії «Про призначення частин людського тіла» Клавдій Гален дав класичний опис легень живонародженого немовляти: «Легенева тканина після вдиху перетворюється з червоної, важкої і щільної в світлу, легку і розпушену», яке стало його видатним внеском в судово-медичну науку. В той же час зведення про те, що легені живонароджених немовлят, занурені у воду, плавають, в працях ученого відсутні. Сказане не дає підстав вважати його автором гідростатичної проби. Проте абсолютно вірогідно, що приведений опис легенів є цілком достатнім для висновку про те, що вони дихали і, в стані занурення у воду, повинні залишитися на її поверхні. У подальшому вчені епохи Відродження привласнили гідростатичній пробі ім'я Галена, але вона не могла застосовуватися на практиці у зв'язку із заборонаю на розтин трупів. В епоху Відродження Харві Уїльям Гарвей (1578-1657), Павло Закхей (1584-1659), Томас Бартолін старший (1616-1680) знали про те, що легені трупів живонароджених немовлят плавають у воді. Причому Бартолін — описав цю пробу в 1663 р. Таким чином, через майже 1500 років після відомого опису Клавдієм Галеном легень трупів немовлят, що дихали і не дихали, була представлена методика проведення гідростатичної проби і документально підтверджена в наукових публікаціях те, що легені живонароджених немовлят плавають, а мертвнонароджених — тонуть. Перша спроба застосувати пробу в експертній практиці належала німецькому фізику Карлу Раугеру, який в 1670 р., ґрунтуючись на її результатах, вирішив питання про мертвнонародження немовляти. Проте проба тоді ще не увійшла до практики. Через одинадцять років, у 1681 р., експертизу трупа новонародженого немовляти за дорученням слідчого провів міський лікар Іоганн Шреєр. Його висновок про мертвнонародження немовляти зажадав авторитетного підтвердження і розглядався в радах трьох університетів (Франкфуртського-на-Одері, Лейпцігського і Віттенбергського). Тільки у 1684 р. проба була схвалена і, отримавши офіційне визнання, стала застосовуватися у світовій судово-медичній практиці. Велику допомогу в науко-

вому визнанні гідростатичної проби Іоганну Шреєру надав видний юрист того часу Томас Хрістіан.

**Галена К.** (Galenі С.) гідростатическая проба с легкими трупов новорожденных младенцев производится для установления их живо- или мертворожденности. Из трупа младенца после перевязки трахеи в области шеи и пищевода под диафрагмой извлекают легкие вместе с сердцем и вилочковой железой. Все это опускают в сосуд с водой и отмечают, плавает ли этот комплекс. Затем испытывают плавают ли легкие в отдельности, его доли и отдельные кусочки. Проба считается положительной, если органокомплекс в целом и его фрагменты плавают, т.е. ребенок после рождения дышал. Проба эта в судебной медицине названа в честь Клавдия Галена, великого древнеримского врача II века н.э. Он был человеком широко образованным и, будучи непревзойденным клиницистом своего времени, много внимания уделял изучению анатомии. В те времена существовал строгий запрет на вскрытие трупов человека, но он все же проводил анатомические исследования, используя для этого трупы казненных преступников, погибших на арене Колизея гладиаторов, а также трупы новорожденных младенцев, выброшенных ночами на улицы после тайных родов. В своем знаменитом труде по анатомии «О назначении частей человеческого тела» Клавдий Гален дал классическое описание легких живорожденного младенца: «Легочная ткань после вдоха превращается из красной, тяжелой и плотной в светлую, легкую и разрыхленную», которое стало его выдающимся вкладом в судебно-медицинскую науку. В то же время сведения о том, что легкие живорожденных младенцев, опущенные в воду, плавают, в трудах ученого отсутствуют. Сказанное не дает оснований считать его автором гидростатической пробы. Однако совершенно очевидно, что приведенного описания легких вполне достаточно для вывода о том, что они дышали и, будучи опущенными в воду, должны остаться на ее поверхности. В последующем ученые эпохи Возрождения присвоили гидростатической пробе имя Галена, но она не могла применяться на практике в связи с запретом на вскрытие трупов. В эпоху Возрождения

дения Харви Уильям Гарвей (1578-1657), Павел Закхей (1584-1659), Томас Бартолин старший (1616-1680) знали о том, что легкие трупов живорожденных младенцев плавают в воде. Причем Бартолин — крупный датский ученый анатом — описал эту пробу в 1663 г. Таким образом, спустя почти 1500 лет после известного описания Клавдием Галеном легких трупов дышавших и недышавших младенцев была представлена методика проведения гидростатической пробы и документально подтверждено в научной публикации то, что легкие живорожденных младенцев плавают, а мертворожденных — тонут. Первая попытка применить пробу в экспертной практике принадлежала немецкому физику Карлу Раугеру, который в 1670 г. в г. Прессбурге, основываясь на ее результатах, решил вопрос о мертворожденности младенца. Однако проба тогда еще не вошла в практику. Спустя одиннадцать лет, 11 октября 1681 г., в г. Цейтце экспертизу трупа новорожденного младенца по поручению следственных властей произвел городской врач Иоганн Шреер. Его заключение о мертворожденности младенца потребовало авторитетного подтверждения и рассматривалось в советах трех университетов (Франкфуртского-на-Одере, Лейпцигского и Виттенбергского). Только в 1684 г. проба была одобрена и, получив официальное признание, стала применяться в мировой судебно-медицинской практике. Большую помощь в научном признании гидростатической пробы Иоганну Шрееру оказал видный юрист того времени Томас Христиан.

**Галліфорда Б.** (Gulliford B.) метод визначення менструального походження крові. Заснований на електрофоретичному розділенні (на папері) витяжок з плям крові після додавання до них фібрину. При цьому, на отриманій фореграмі менструальна кров з фібрином відрізняється від контрольних зразків (менструальної крові без додавання фібрину і периферичної крові) тим, що у ній є додаткова білкова фракція, розташована між  $\beta$ - і  $\gamma$ -глобулінами. Наявність цієї фракції, на думку автора, свідчить про лізис фібрину, тобто про фібрінолітичну активність, що дає підставу зробити висновок про наявність в плямі менструальної крові. Запропонований в 1959 році.

**Галлифорда Б.** (Gulliford B.) метод определения менструального происхождения крови. Основан на электрофоретическом разделении (на бумаге) вытяжек из пятен крови после добавления к ним фибрина. При этом на полученной фореграмме менструальная кровь с фибрином отличается от контрольных образцов (менструальной крови без добавления фибрина и периферической крови) тем, что у нее имеется дополнительная белковая фракция, расположенная между  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинами. Наличие этой фракции, по мнению автора, свидетельствует о лизисе фибрина, т. е. о фибринолитической активности, что дает основание сделать вывод о наличии в пятне менструальной крови. Предложен в 1959 году.

**Гаськелла-Греффа** метод заливки пухких гістологічних препаратів, полягає у послідовному проведенні їх через густий і рідкий розчини желатину в карболовій воді, висушуванні на повітрі та фіксації у формаліні протягом 1-2 днів.

**Гаскелла-Греффа** метод заливки рыхлых гистологических препаратов, заключается в последовательном проведении их через густой и жидкий растворы желатина в карболовой воде, высушивании на воздухе и фиксации в формалине в течение 1-2 дней.

**Gatti P.** (Gatti R.) метод забарвлення сперматозоїдів. Готують 2 розчини: 1) 0,75 г малахітової зелені, 0,05 г кислого фуксину, 125 мл води, 25 мл 95° алкоголю; розчин можна готувати завчасно; 2) 5 мл води, 1 мл 1% розчину кислого фуксину; розчин готують *ex tempore*. Вирізку з плями поміщають на 20 сек. в другий розчин, обезбарвлюють в 70° спирті протягом 5-6 хв., висушують фільтрувальним папером, забарвлюють в декілька мілілітрах першого розчину (5-6 хв.), обезбарвлюють спочатку 95° спиртом (20 сек.), потім абсолютним спиртом (45-60 сек.), просвітлюють ксиолом (5-10 хв.) і укладають в канадський бальзам. Голівки сперматозоїдів забарвлюються в зелений колір, хвостики — в червоний. Спосіб придатний для забарвлення сперматозоїдів як в плямах

(автор отримав добрі результати навіть з плямами давністю 30 років), так і в мазках. Запропонований у 1962 році.

**Gatti R.** (Gatti R.) метод окраски сперматозоидов. Готовят 2 раствора: 1) 0,75 г малахитовой зелени, 0,05 г кислого фуксина, 125 мл воды, 25 мл 95° спирта; раствор можно готовить заблаговременно; 2) 5 мл воды, 1 мл 1% раствора кислого фуксина; раствор готовят *ex tempore*. Вырезку из пятна помещают на 20 сек. во второй раствор, обесцвечивают в 70° спирте в течение 5-6 мин., высушивают фильтровальной бумагой, окрашивают в нескольких миллилитрах первого раствора (5-6 мин.), обесцвечивают сначала 95° спиртом (20 сек.), потом абсолютным спиртом (45-60 сек.), просветляют ксилолом (5-10 мин.) и заключают в канадский бальзам. Головки сперматозоидов окрашиваются в зеленый цвет, хвостики — в красный. Способ пригоден для окраски сперматозоидов как в пятнах (автор получил хорошие результаты даже с пятнами давностью 30 лет), так и в мазках. Предложен в 1962 году.

**Gatti R.** метод обезбарвлення темних тканин на предмет виявлення сперматозоїдів. Предмет - носій сім'яної плями обезбарвлюють реактивом наступного складу: 20 г гідросульфїту розчинного, 2 г неовадіну (препарат, який вживають в текстильній промисловості), 15 мл 85% розчину мурашиної кислоти, 250 мл води. Висушену пляму, яку будуть досліджувати, фіксують 30 хв. в абсолютному спирті, висушують, розміщують на 30-60 хв. (до настання обезбарвлення) в нагрітий до кипіння реактив і знову висушують в термостаті. Після цього сперматозоїди забарвлюють будь-яким із загальноприйнятих способів, препарат прояснюють ксилолом і укладають в канадський бальзам. Метод був запропонований у 1963 році.

**Gatti R.** метод обесцвечивания темных тканей на предмет обнаружения сперматозоидов. Предмет-носитель семенного пятна обесцвечивают реактивом следующего состава: 20 г гидросульфита растворимого, 2 г неовадина (препарат применяемый в текстильной промышленности), 15 мл 85% раствора муравьиной кислоты, 250 мл воды. Подлежащее исследованию высушенное пятно

фіксують 30 мин. в абсолютном алкоголе, висушують, помещают на 30-60 мин. (до наступления обесцвечивания) в нагретый до кипения реактив и снова висушують в термостате. После этого сперматозоиды окрашивают любым из общепринятых способов, препарат просветляют ксилолом и заключают в канадский бальзам. Предложен в 1963 году.

**Гауса** формула застосовується для обчислення константи швидкості згоряння алкоголю в організмі:  $\beta = \frac{\sum t \sum c - n \sum tc}{(\sum t)^2 - n \sum t^2}$  де,  $\sum t$  - сума всіх проміжків часу

між введенням алкоголю в організм і подальшими визначеннями концентрації його в крові;  $\sum c$  — сума концентрацій;  $\sum tc$  — величина, отримана від множення проміжків часу і концентрація;  $n$  — число визначень концентрації алкоголю в крові. Середня величина  $\beta$  у чоловіків — 0,0022 ‰, у жінок — 0,0024 ‰.

**Гауса** формула применяется для вычисления константы скорости сгорания алкоголя в организме:  $\beta = \frac{\sum t \sum c - n \sum tc}{(\sum t)^2 - n \sum t^2}$  где,  $\sum t$  — сумма всех промежутков

времени между введением алкоголя в организм и последующими определениями концентрации его в крови;  $\sum c$  — сумма концентраций;  $\sum tc$  — величина, полученная от умножения промежутков времени и концентрация;  $n$  — число определений концентрации алкоголя в крови. Средняя величина  $\beta$  у мужчин — 0,0022 ‰, у женщин — 0,0024 ‰.

**Герасимова М.М.** метод відновлення особи по черепу. М.М Герасимов розробив основи відновлення по черепу форми і рис обличчя. Йому належить портретна реконструкція ряду видатних історичних діячів. Його монографія «Основи відновлення особи по черепу» опублікована в 1949 році і була удостоєна Сталінської премії.

**Герасимова М.М.** метод восстановления лица по черепу. М.М Герасимов разработал основы восстановления по черепу формы и черт лица. Ему принадлежит портретная реконструкция ряда выдающихся исторических деятелей. Его



монографія «Основы восстановления лица по черепу» опублікована в 1949 році і була удостоєна Сталинської премії.

**Гірголава С.С.** ознака. Діссеміновані некрози в паренхіматозних органах при смерті від переохолодження. Описаний в 1951 році.

**Гирголава С.С.** признак. Диссеминированные некрозы в паренхиматозных органах при смерти от переохлаждения. Описан в 1951 году.

**Горпе-Зейлера** (Hoppe-Seyler) якісна проба на карбоксигемоглобін. На предметне скло скляною паличкою наносять на деякій відстані один від одного дві краплі крові — одну з окисом вуглецю і контрольну. За допомогою піпетки до них додають по краплі 33% лугу (NaOH, KOH) і перемішують скляною паличкою (різними кінцями). Крапля крові, що містить карбоксигемоглобін, не змінює колір, контрольна крапля крові набуває бурого забарвлення за рахунок утворення лужного гематіна. Запропонована в 1862 році.

**Горпе-Зейлера** (Hoppe-Seyler) качественная проба на карбоксигемоглобин. На предметное стекло стеклянной палочкой наносят на некотором расстоянии друг от друга две капли крови — содержащую окись углерода и контрольную. При помощи пипетки к ним добавляют по капле 33% щелочи (NaOH, KOH) и перемешивают стеклянной палочкой (разными концами). Капля крови, содержащая карбоксигемоглобин, не меняет цвета, контрольная капля крови приобретает бурую окраску за счет образования щелочного гематина. Предложена в 1862 году.

**Гофмана Е.Р.** (Hoffmann E.R.) класифікація тупих твердих предметів: 1) тупі; 2) тупогранні; 3) відбитки.

**Гофмана Е.Р.** (Hoffmann E.R.) классификация тупых твердых предметов: 1) тупые; 2) тупогранные; 3) отпечатки.

**Гофмана Е.Р.** дані середнього терміну життя залежно від площі опіків:

Площа опіку	Тривалість життя (у годинах)
Все тіло	3-10
Більше половини	8-20
1/3	29
1/4	43
1/5-1/6	64

**Гофмана Э.Р.** данные среднего срока жизни в зависимости от площади ожогов:

Площадь ожога	Продолжительность жизни (в часах)
Все тело	3-10
Больше половины	8-20
1/3	29
1/4	43
1/5-1/6	64

**Гофмана Е.Р.** рідина для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові (див. Вірхова Р. реактив). 1 частина сулеми, 2 частини NaCl, 100 частин дистильованої води.

**Гофмана Э.Р.** жидкость для восстановления первоначального вида эритроцитов в засохшей крови (см. Вирхова Р. реактив). 1 часть сулемы, 2 части NaCl, 100 частей дистиллированной воды.

**Грегерсена** реакція (син. бензідінова проба). Попередній метод виявлення наявності крові на різних предметах-носіях, а також в сечі, калі, шлунковому соку, блювотних масах і інших середовищах, заснований на окисленні бензидину перекисом водню за рахунок дії ферментів каталази і пероксидази і появи блакитного фарбування.

**Грегерсена** реакция (син. бензидиновая проба). Предварительный метод обнаружения наличия крови на различных предметах-носителях, а также в моче, кале, желудочном соке, рвотных массах и других средах, основанный на окислении бензидина перекисью водорода за счет действия ферментов каталазы и пероксидазы и появления синего окрашивания.

**Григорьєва А.В.** рідини для відновлення первинного виду еритроцитів в усохлій крові (див. Вірхова Р. реактив). № 1: 12,5 частин КОН, 40 частин сегнетової соли (подвійна сіль винної кислоти  $\text{KOOC}(\text{CHOH})_2\text{COONa} \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ ), 100 частин води; № 2: 1,5 частин КОН, 1 частину сегнетової соли і 1 частина дистильованої води. Об'єкт розмочується в цих складах 1-2 діб. Запропоновані в 1902 році.

**Григорьева А.В.** жидкости для восстановления первоначального вида эритроцитов в засохшей крови (см. Вирхова Р. реактив). № 1: 12,5 частей КОН, 40 частей сегнетовой соли (двойная соль винной кислоты  $\text{KOOC}(\text{CHON})_2\text{COONa} \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ ), 100 частей воды; № 2: 1,5 частей КОН, 1 часть сегнетовой соли и 1 часть дистиллированной воды. Объект размачивается в этих составах 1-2 суток. Предложены в 1902 году.

**Григор'єва А.В.** метод виявлення сперматозоїдів. Заснований на стійкості сперматозоїдів до дії сірчаної кислоти. Шматочок, вирізаний з досліджуваної плями, обробляють концентрованою сірчаною кислотою до повного розчинення матеріалу (від 4 годин до 3 діб). При цьому, матерія перетворюється на гомогенну масу жовтувато-бурого кольору, а сперматозоїди зберігаються і їх можна знайти за блакитним кольором голівок. Запропонований в 1913 році

**Григорьева А.В.** метод выявления сперматозоидов. Основан на устойчивости сперматозоидов к действию серной кислоты. Кусочек, вырезанный из исследуемого пятна, обрабатывают концентрированной серной кислотой до полного растворения материала (от 4 часов до 3 суток). При этом материя превращается в гомогенную массу желтовато-бурого цвета, а сперматозоиды сохраняются и их можно найти по голубоватому цвету головок. Предложен в 1913 году.

**Григор'євой П.В.** проба на повітряну емболію. Печінка виводиться з під реберного краю і проводиться її глибокий розтин. Проба вважається позитивною за наявності в просвіті розтину пінявої «шапки крові». Запропонована у 1955 році.

**Григорьевой П.В.** проба на воздушную эмболию. Печень выводится из под реберного края и производится ее глубокий разрез. Проба считается положительной при наличии в просвете разреза пенистой крови (в виде «вспененной шапки»). Предложена в 1955 году.

**Громова С.А.** спосіб дослідження головного мозку. Мозок укладають на препарувальний столик основою донизу і лобними долями вперед. Великим па-

льцем лівої руки злегка розсовують півкулі, при цьому оголюється мозолясте тіло. Підтримуючи лівою рукою відповідну півкулю мозку, відсовують його зовні і вістрям анатомічного ножа проводять S-подібний розтин, починаючи від лобної частки, по краю мозолястого тіла до потиличної частки. Те ж проробляють з правою півкулею. При цьому відкриваються передній і задній роги бічних шлуночків. Оглянувши їх стан, епендімну оболонку, судинні сплетення, відзначивши наявність і кількість в них рідини або ексудату і його особливості, переходять до розтину півкуль великого мозку. Для цього проводять ряд паралельних розтинів в кожній півкулі по гострому зовнішньому краю бічних шлуночків, заглиблюючи розтини спереду і ззаду в ділянці лобної і потиличної часток. При цьому, прагнуть не пошкодити належних вузлів основи мозку. Розтинаючи півкулі, ніж ставлять під кутом 40-45°, причому глибину розтину доводять до м'якої мозкової оболонки. Відрізані частини півкуль відкидають ножом в сторони і вивчають особливості білої і сірої речовини, малюнок, консистенцію, колір, кровонаповнення. Для розтину III мозкового шлуночку обережно підводять пінцетом мозолясте тіло і перерізують його ножом в ділянки міжшлуночкового отвору. Перерізані частини відкидають вперед і назад. Оглядають судинні сплетення, шишковидне тіло і порожнину III шлуночку, описуючи стан водопроводу великого мозку, епендімну оболонку, кровонаповнення, вологість і т.д. Після розтину мозолястого тіла оголюють підкіркові вузли основи головного мозку і верхні і нижні горбики середнього мозку. Визначають їх форму, вигляд, вологість, наявність крововиливів, пом'якшень, які нерідко зустрічаються в цих ділянках. Для розтину підкіркових вузлів проводять ряд паралельних розтинів так, щоб розтин проходив одночасно через обидві півкулі, розтинають підкіркові вузли на поперечні скиби шириною не більше 0,5 см. Для більшої зручності розтину сірих вузлів основи рекомендується під основу півкуль підвести ліву долоню і, підтримуючи головний мозок, розтинати сірі вузли. Описаний в 1824 році.

*Громова С.А.* способ исследования головного мозга. Мозг укладывают на

препаровальный столик основанием вниз и лобными долями вперед. Большим пальцем левой руки слегка раздвигают полушария, при этом обнажается мозолистое тело. Поддерживая левой рукой соответствующее полушарие мозга, отодвигают его кнаружи и острием анатомического ножа проводят S-образный разрез, начиная от лобной доли, по краю мозолистого тела к затылочной доле. То же проделывают с правым полушарием. При этом открываются передний и задний рога боковых желудочков. Осмотрев их состояние, эпендимальную оболочку, сосудистые сплетения, отметив наличие и количество в них жидкости или экссудата и его особенности, переходят к вскрытию полушарий большого мозга. Для этого проводят ряд параллельных разрезов в каждом полушарии по острому наружному краю боковых желудочков, углубляя разрезы спереди и сзади в области лобной и затылочной долей. При этом стараются не повредить подлежащих узлов основания мозга. Разрезая полушария, нож ставят под углом 40-45°, причем глубину разреза доводят до мягкой мозговой оболочки. Отрезанные части полушарий откидывают ножом в стороны и изучают взаимоотношения белого и серого вещества, рисунок, консистенцию, цвет, кровенаполнение. Для вскрытия III мозгового желудочка осторожно приподнимают пинцетом мозолистое тело и перерезают его ножом в области межжелудочкового отверстия. Перерезанные части откидывают вперед и назад. Осматривают сосудистые сплетения, шишковидное тело и полость III желудочка, описывая состояние водопровода большого мозга, эпендимальную оболочку, кровенаполнение, влажность и т. д. После рассечения мозолистого тела обнажают подкорковые узлы основания головного мозга и верхние и нижние холмики (четверохолмие). Определяют их форму, вид, влажность, наличие кровоизлияний, размягчений, которые нередко встречаются в этих областях. Для вскрытия подкорковых узлов проводят ряд параллельных разрезов таким образом, чтобы разрез проходил одновременно через оба полушария, рассекают подкорковые узлы на поперечные ломти толщиной не более 0,5 см. Для большего удобства вскрытия серых узлов основания рекомендуется под основание полушарий подвести левую

ладонь и, поддерживая головной мозг, рассекают серые узлы. Описан в 1824 году.

*Даніеля* гідростатичний метод визначення живонародженості, заснований на визначенні ваги витисненого легеньми об'єму води. Запропонований в 1780 році.

*Даниэля* гидростатический метод определения живорожденности, основан на определении веса вытесненного легкими объема воды. Предложен в 1780 году.

*Даркшевича Ю.Н.* методика розтину артерій серця. При розтині лівого шлуночка нижню браншу ножиців широкою площиною щільно притискують до міжшлункової перетинки. Верхня бранша лягає зліва від вінцевої борозни майже по верхньому лівому краю міжшлункової перетинки. Ведучи розтин при такій позиції браншів прямо доверху до гирла аорти, перед входом в яку бранші ножиців повертають під кутом  $45^\circ$  вліво, на середину передньої стінки аорти, розтинають аорту і входять в її просвіт. В результаті розтину аорти виявляються устя правої і лівої артерії, від яких відходять непошкоджені судини. Після цього нижню браншу малих судинних ножиців вставляють у просвіт лівої вінцевої артерії, а верхню злегка закидають вліво (у бік кореня легені). Прямим розтином по верхньолівій стінці першої розкривають оперезувальну гілку лівої вінцевої артерії з її розгалуженнями. Потім за допомогою пінцета Шора лівою рукою захоплюють дистальний кінець передньої стінки лівого шлуночка (в ділянці верхівки серця) і весь м'язовий клапоть злегка натягують, внаслідок чого приблизно на відстані 1-2 см від устя артерії без всіляких ускладнень виявляється просвіт передньої низхідної гілки лівої артерії, в який і вставляють нижню браншу ножиців. При натягнутому м'язовому клапті серця весь основний стовбур артерії і його гілки можна легко розкрити на всьому протязі. Розтин правої артерії починають від устя, звичайно це не дуже важко. При описаному розтині артерій серця краще користуватися очними ножицями, гострі кінці яких рекомендується сточувати на звичайному бруску, що при розтині артерій гара-

нтує від проколювання стінки і значно полегшує проведення лінії розтину по судинному ложу. Запропонована в 1961 році.

**Даркшевича Ю.Н.** методика вскрытия артерий сердца. При вскрытии левого желудочка нижнюю браншу ножниц широкой плоскостью плотно прижимают к межжелудочковой перегородке. Верхняя бранша ложится слева от венечной борозды почти по верхнему левому краю межжелудочковой перегородки. Ведя разрез при такой позиции браншей прямо вверх до устья аорты, перед входом в которую бранши ножниц поворачивают под углом  $45^\circ$  влево, на середину передней стенки аорты, рассекают аорту и входят в ее просвет. В результате, при вскрытии аорты обнаруживаются устья правой и левой артерии, от которых отходят неповрежденные сосуды. После этого нижнюю браншу мелких сосудистых ножниц вставляют в просвет левой венечной артерии, а верхнюю слегка запрокидывают влево (в сторону корня легкого). Прямым разрезом по верхнелевой стенке первой вскрывают опоясывающую ветвь левой венечной артерии с ее разветвлениями. Затем с помощью пинцета Шора левой рукой захватывают дистальный конец передней стенки левого желудочка (в области верхушки сердца) и весь мышечный лоскут слегка натягивают, в результате чего примерно на расстоянии 1-2 см от устья артерии без всяких затруднений обнаруживается просвет передней нисходящей ветви левой артерии, в который и вставляют нижнюю браншу ножниц. При натянутом мышечном лоскуте сердца весь основной ствол артерии и его ветви можно легко вскрыть на всем протяжении. Вскрытие правой артерии начинают от устья, обычно это труда не представляет. При описанном вскрытии артерий сердца лучше пользоваться глазными ножницами, острые концы которых рекомендуется стачивать на обычном бруске, что при вскрытии артерий гарантирует от прокалывания стенки и значительно облегчает ведение линии разреза по сосудистому ложу. Предложена в 1961 году.

**Делленіане Г.** (Dellepiane G.) техніка дослідження дівочої пліви. У піхву через отвір дівочої пліви вводять спеціальну гумову кульку, в яку потім нагні-

тають повітря за допомогою шприца. Обережно потягуючи цю кульку на себе, розтягують отвір дівочої пліви і розпрямляють його краї. Це дозволяє дуже точно прослідкувати контури країв отвору, розглянути капілярну мережу, найдрібніші рубчики і реактивні зміни, дає можливість впевненіше висловлюватися про цілісність дівочої пліви або її порушення, диференціювати природні виїмки і розриви, що зарубцювалися. Описана в 1964 році.

*Деллепиане Г.* (Dellepiane G.) техніка дослідження девственої плєви. Во влагалище через отверстие девственной плевы вводят специальный резиновый шарик, в который затем нагнетают воздух с помощью шприца. Осторожно потягивая этот шарик на себя, растягивают отверстие девственной плевы и расправляют его края. Это позволяет очень точно проследить очертания краев отверстия, рассмотреть капиллярную сеть, мельчайшие рубчики и реактивные изменения, дает возможность более уверенно высказываться о целостности девственной плевы или ее нарушении, дифференцировать естественные выемки и зарубцевавшиеся разрывы. Описана в 1964 году.

*Десятова В.П.* ознака дії холоду на живий організм. Яскраво-червоний колір голівки статевого члена, яка ще нерідко припухла. Ця ознака відмічена на трупах тільки тих осіб, які в холодну, сиру, вітряну погоду були одягнені в короткий одяг, що не прикривав статевих органів. Описаний в 1967 році.

*Десятова В.П.* признак действия холода на живой организм. Ярко-красный цвет головки полового члена, которая нередко припухшая. Этот признак отмечен на трупах только тех лиц, которые в холодную, сырую, ветреную погоду были одеты в короткую одежду, не прикрывавшую половых органов. Описан в 1967 году.

*Діберга* ознаки дії холоду на організм. «Гусяча» шкіра, перенаповнення серця (особливо правого шлуночка) кров'ю, рожеві плями на легенях, піниста рідина в трахеї, перенаповнення сечового міхура. Описані в 1864 році.



*Диберга* признаки действия холода на организм. «Гусиная» кожа, переполнение сердца (особенно правого) кровью, розоватые пятна на легких, пенящаяся жидкость в трахее, переполнение мочевого пузыря. Описаны в 1864 году.

*Диллона Я.Г.* проба. Рентгенографічне дослідження трупа новонародженого з метою визначення живонародженості. Рентгенограма дозволяє виявити в травному каналі мінімальну кількість повітря, що не виявляється плавальною пробой. Дослідження ізольованих легенів дає можливість на знімку виявити незначну кількість повітря в трахео-бронхіальному дереві і тканині легень у вигляді перевернутих чашок. За даними автора, вже  $0,2 \text{ см}^3$  повітря дає можливість отримати на рентгенограмі цілком чіткий малюнок, який не викликає сумніву. Запропонована в 1939 році.

*Диллона Я.Г.* проба. Рентгенографическое исследование трупа новорожденного с целью определения живорожденности. Рентгенограмма позволяет обнаружить в пищевом канале минимальное количество воздуха, не выявляемое плавательной пробой. Исследование изолированных легких дает возможность на снимке выявить незначительное количество воздуха в трахео-бронхиальном дереве и ткани легкого в виде перевернутых чашечек. По данным автора, уже  $0,2 \text{ см}^3$  воздуха дает возможность получить на рентгенограмме вполне четкий рисунок, который не вызывает сомнения. Предложена в 1939 году.

*Дондерса* (Donders) теорія розвитку повнокров'я легенів при механічній асфіксії. При закритті дихальних шляхів зменшується тиск повітря на легеневі судини, від чого зменшується опір кровообігу і утворюється сильний прилив крові до легень, одночасно ускладнюється і її відтік, оскільки, в розширених судинах кров рухається повільніше і не може поступати з швидкістю, що була раніше, в ліву половину серця. Ступінь кровонаповнення легенів залежить від тривалості задишки. Чим довше продовжується задишка, тим більше виражене повнокров'я.

**Дондерса** (Donders) теория развития полнокровия легких при механической асфиксии. При закрытии дыхательных путей уменьшается давление воздуха на легочные сосуды, от чего уменьшается препятствие кровообращению и образуется сильный прилив крови к легким, одновременно затрудняется и ее отток, так как, в расширенных сосудах кровь движется медленнее и не может поступать с прежней скоростью в левую половину сердца. Степень кровенаполнения легких зависит от продолжительности одышки. Чем дольше продолжается одышка, тем больше выражено полнокровие.

**Дюкенуа-Мустафа** реакція, дозволяє виявляти каннабінол, каннабидіолову кислоту і каннабидіол, а також робити висновок про їх загальний кількісний зміст. До недоліків належить неможливість диференціювати вказані компоненти окремо. Екстрагування з рослини проводять різними речовинами, найкращі результати дає хлористий метилен. До отриманого екстракту в пробірці додають 1 мл реактиву Дюкенуа-Мустафа в наступному складі: ванілін — 0,4 г, етанол 96° — 20 мл, оцтовий альдегід — 5 крапель. Суміш струшують протягом 1 хв., потім додають 2 мл концентрованої соляної кислоти і знову струшують 2 хв. Поява фіолетового забарвлення, характерна для компонентів гашишу. Співставляючи інтенсивність забарвлення із заготовленими стандартами, можна робити висновки про загальну концентрацію цих речовин. Першорядне значення має абсолютна чистота реактивів. Запропонована в 1938 р.

**Дюкенуа-Мустафа** реакция, позволяет обнаруживать каннабинол, каннабидиоловую кислоту и каннабидиол, а также делать вывод об их общем количественном содержании. К числу недостатков относится невозможность дифференцировать указанные компоненты по отдельности. Экстрагирование из растения производят различными веществами, наилучшие результаты дает хлористый метилен. К полученному экстракту в пробирке добавляют 1 мл реактива Дюкенуа-Мустафа в следующем составе: ванилин — 0,4 г, этанол 96° — 20 мл, уксусный альдегид — 5 капель. Смесь встряхивают в течение 1 мин., затем добавляют 2 мл концентрированной соляной кислоты и снова встряхивают 2 мин.

Появление фиолетового окрашивания, характерно для компонентов гашиша. Сопоставляя интенсивность окраски с подготовленными стандартами, можно судить об общей концентрации этих веществ. Первостепенное значение имеет абсолютная чистота реактивов. Предложена в 1938 г.

**Дюнимана** проба. При смерті від голодування кількість хлоридів в сечі зменшується, а фосфатів збільшується.

**Дюнимана** проба. При смерти от голодания количество хлоридов в моче уменьшается, а фосфатов увеличивается.

**Еллінка С.** (Jellinek St.) формула. При електротравмі ефект (Е) дії на організм є функцією ряду умов:  $E=f(V, A, t, p, P, 1/\square, K_1, K_2)$ , де V — напруга струму, A — сила струму, t — тривалість контакту, p — полярність або напрямок струму, P — число полюсів («щільність» струму),  $\square$  - опір струму з боку організму,  $K_1$  — волева готовність перенести несприятливі дії струму  $K_2$  — соматичний стан потерпілого. Ст. Еллінек перший диференціював і описав електромітку в 1918 році.

**Еллинека С.** (Jellinek St.) формула. При электротравме эффект (Е) воздействия на организм есть функция ряда условий:  $E=f(V, A, t, p, P, 1/\square, K_1, K_2)$ , где V — напряжение тока, A — сила тока, t — длительность контакта, p — полярность или направление тока, P — число полюсов («плотность» тока),  $\square$  — сопротивление току со стороны организма,  $K_1$  — волевая готовность перенести неблагоприятные воздействия тока  $K_2$  — соматическое состояние потерпевшего. Ст. Еллинек первый дифференцировал и описал электрометку в 1918 году.

**Еллінека С.** класифікація видів смерті від дії електрики: 1) раптова смерть (instantanee): суб'єкт падає і зберігає свою позу; 2) сповільнена смерть (ralentie): суб'єкт намагається бігти і вивільнятися; 3) перервана смерть (interrompue): суб'єкт вивільняється або вже вивільнявся, віддаляється, потім падає без свідомості; 4) пізня смерть (retardee): обумовлена супутніми захворюваннями, ускладненими хвилюванням або електричним струмом.

**Еллинека С.** классификация видов смерти от действия электричества: 1) внезапная смерть (instantanee): субъект падает и сохраняет свою позу; 2) замедленная смерть (ralentie): субъект пытается бежать и высвободиться; 3) прерванная смерть (interrompue): субъект высвобождается или уже высвободился, удаляется, затем падает без сознания; 4) поздняя смерть (retardee): обусловлена сопутствующими заболеваниями, осложненными волнением или электрическим током.

**Журавлевой В.А.** точка окостеніння в ділянці рукоятки груднини. Являє собою декілька опукле, овальної форми утворення довжиною до 1 см. Ознака зрілості плоду. Має діагностичну цінність, як і ядра Бекляра (див.), оскільки може бути виявлена на гнильне зміненому трупі, розміри і масу якого, визначити вже неможливо.

**Журавлевой В.А.** точка окостенения в области рукоятки грудины. Представляет собой несколько выпуклое, овальной формы образование длиной до 1 см. Признак зрелости плода. Имеет диагностическую ценность, как и ядра Бекляра (см.), поскольку может быть выявлена на гнилостно измененном трупe, размеры и массу которого, определить уже невозможно.

**Івановського Н.П.** ознака прижиттєвості странгуляційної борозни. На шкірі від тертя петлі виникає зсаднення епідермісу, яке завжди може бути виявлена мікроскопічно: гіперемія по краях борозни, яка частково нагадує запальну реакцію. Мікроскопічні «тріщини» епідермісу іноді переходять на сосочковий шар дерми. Вони спостерігаються постійно і не залежать від якості петлі. Описаний в 1894 році.

**Ивановского Н.П.** признак прижизненности странгуляционной борозды. На коже от трения петли возникает осаднение эпидермиса, которое может быть обнаружено макроскопически и всегда — микроскопически, и гиперемия по краям борозды, которая отчасти напоминает воспалительную реакцию. Микроскопические «трещины» эпидермиса иногда переходят на сосочковый слой

дермы. Они наблюдаются постоянно и не зависят от качества петли. Описан в 1894 году.

**Инце Д.- Арвай А.** ознака. Емболія кістковою тканиною — наявність кісткових відламків мікроскопічного розміру в правій половині серця і в гілках легеневої артерії. Ця ознака є доказом прижиттєвого виникнення переломів кісток. Може спостерігатися навіть через тривалий час після настання смерті. Описаний в 1952 році.

**Инце Д.- Арвай А.** признак. Эмболия костной тканью — наличие костных отломков микроскопического размера в правой половине сердца и в ветвях легочной артерии. Этот признак является доказательством прижизненного возникновения переломов костей. Может наблюдаться даже через длительное время после наступления смерти. Описан в 1952 году.

**Кайзерлінга** рідина для збереження органів з їх природним забарвленням. Рідина № 1: кислого формаліну — 200 мл, нітрату калія — 15 г, ацетату калія — 30 г, води до 1000 мл. У цій рідині органи залежно від величини об'єкту знаходяться від 1 до 10 діб. Після того, як препарат рівномірно ущільниться і побуріє, його переносять в етиловий (ректифікат) спирт (рідина № 2) на термін від 1-2 до 24-36 годин залежно від товщини органу. Під впливом спирту відновлюється природне забарвлення препарату. Для остаточної консервації препарат слід перенести в рідину № 3 в ко-торою він зберігається тривалий час. Її склад: гліцерин — 200-350 мл, ацетат калія — 200-800 г, води до 1000 мл. Під впливом фіксатора (рідина № 1) гемоглобін крові в препараті переводиться в метгемоглобін брудно-бурого, майже чорного кольору; під дією етилового спирту (рідина № 2) метгемоглобін переводиться в стійкий катгемоглобін, або нейтральний гематін, що володіє кольором оксигемоглобіну. Останній зберігає тривалий час свої властивості в консервуючій рідині № 3. Виготовлені препарати зберігаються тривалий час.

**Кайзерлінга** жидкость для сохранения органов с их естественной окраской. Жидкость № 1: формалина продажного — 200 мл, нитрата калия — 15 г,

ацетата калия — 30 г, воды до 1000 мл. В этой жидкости органы в зависимости от величины объекта находятся от 1 до 10 суток. После того как препарат равномерно уплотнится и побуреет, его переносят в этиловый (ректификат) спирт (жидкость № 2) на срок от 1-2 до 24-36 часов в зависимости от толщины органа. Под влиянием спирта восстанавливается естественная окраска препарата. Для окончательной консервации препарат следует перенести в жидкость № 3 в которой он хранится длительное время. Ее состав: глицерин — 200-350 мл, ацетат калия — 200-800 г, воды до 1000 мл. Под влиянием фиксатора (жидкость № 1) гемоглобин крови в препарате переводится в метгемоглобин грязно-бурого, почти черного цвета; под действием этилового спирта (жидкость № 2) метгемоглобин переводится в стойкий катгемоглобин, или нейтральный гематин, обладающий цветом оксигемоглобина. Последний сохраняет длительное время свои свойства в консервирующей жидкости № 3. Приготовленные препараты сохраняются длительное время.

**Калмикова К.Н.** класифікація авіаційної травми: 1) травма всередині літака під час польоту; 2) травма всередині літака при падінні його і ударі об землю; 3) травма частинами літака на землі (аеродромі). Запропонована в 1976 році.

**Калмыкова К.Н.** классификация авиационной травмы: 1) травма внутри самолета во время полета; 2) травма внутри самолета при падении его и ударе о землю; 3) травма частями самолета на земле (аэродроме). Предложена в 1976 году.

**Капацінського Н.К.** ознака прижиттєвості странгуляційної борозни виявляється мікроскопічно у вигляді розширення мальпігієвого шару по краю борозни, набухання його клітин з більш сферичною їх формою, з каламутною зернистою протоплазмою, що дало йому підставу для застосування терміну «каламутне набухання». Описаний в 1882 році.

**Капацинского Н.К.** признак прижизненности странгуляционной борозды выявляемый микроскопически в виде расширения мальпигиевого слоя по краю

борозды, набухания его клеток с более сферичной их формой, с мутной зернистой протоплазмой, что дало ему основание для применения термина «мутное набухание». Описан в 1882 году.

**Каплана А.В., Пожарийского В.Ф., Лицмана В.М.** класифікація механічної травми: 1) ізольовані ушкодження — ушкодження однієї ділянки тіла, одного внутрішнього органу, одного сегменту опорно-рухового апарата; 2) множинні ушкодження — травма двох та більше органів однієї порожнини (одній функціональній спрямованості), або травма двох і більше сегментів опорно-рухового апарату однієї анатомічної ділянки; 3) поєднані ушкодження — травма двох або більше органів різних порожнин (різній функціональній спрямованості), або травма внутрішніх органів у поєднанні з ушкодженнями опорно-рухового апарату двох або більше анатомічних областей; 4) комбіновані ушкодження — травма, що виникла від дії двох або більше різних ушкоджуючих чинників (механічних, термічних, радіаційних і ін.). Запропонована в 1976 році.

**Каплана А.В., Пожарийского В.Ф., Лицмана В.М.** классификация механической травмы: 1) изолированные повреждения — повреждения одного участка тела, одного внутреннего органа, одного сегмента опорно-двигательного аппарата; 2) множественные повреждения — травма двух или более органов одной полости (одной функциональной направленности), или травма двух и более сегментов опорно-двигательного аппарата одной анатомической области; 3) сочетанные повреждения — травма двух или более органов разных полостей (разной функциональной направленности), или травма внутренних органов в сочетании с повреждениями опорно-двигательного аппарата двух или более анатомических областей; 4) комбинированные повреждения — травма возникшая от действия двух или более различных повреждающих факторов (механических, термических, радиационных и др.). Предложена в 1976 году.

**Капустіна А.В.** ознака згинального перелому ребер, при якому лінія перелому на одному з країв ребра нерідко роздвоюється, утворюючи кут, відкри-

тий до увігнутої сторони. В протилежність переломам трубчастих кісток при переломах ребер зазвичай не спостерігається утворення повного відламка трикутної форми, оскільки вказане роздвоєння лінії перелому розташовується у більшості випадків тільки на одному з країв ребра. Це пояснюється спіральним вигином ребра, внаслідок чого при згинанні останнього, дуга згинання буває більше вираженою у одного з його країв. Внаслідок цього не виявляється і повного відщеплювання трикутного відламка при згинальних переломах ребер. Описаний в 1959 році.

**Капустина А.В.** признак сгибательного перелома ребер при котором линия перелома на одном из краев ребра нередко раздваивается, образуя угол, открытый в вогнутую сторону. В противоположность переломам трубчатых костей при переломах ребер обычно не наблюдается образования полного отломка треугольной формы, так как указанное раздвоение линии перелома располагается в большинстве случаев только на одном из краев ребра. Это объясняется спиральным изгибом ребра, в результате чего при сгибании последнего дуга сгибания бывает наиболее сильно выражена у одного из его краев. Вследствие этого не отмечается и полного отщепления треугольного отломка при сгибательных переломах ребер. Описан в 1959 году.

**Кардоса** суміш гістологічних фарбників, яка забарвлює азурофільну зернистість лімфоцитів в яскраво-червоний колір, а зернистість нейтрофільних гранулоцитів — в буро-фіолетовий колір.

**Кардоса** смесь гистологических красителей, окрашивающая азурофильную зернистость лимфоцитов в ярко-красный цвет, а зернистость нейтрофильных гранулоцитов — в буровато-фиолетовый цвет.

**Касаткіна Б.С.- Клепче І.К.** кристалооптичний метод встановлення прижиттєвого попадання людини у воду. У озолених зрізах внутрішніх органів виявляються кварцевмісні мінеральні частинки, що мають характерну гістотопографічну локалізацію і певні петрографічні властивості. Кварцевмісні включення мають величину від 2 до 15 мкм в легенях і від 2 до 10 мкм в інших



органах (нирках, міокарді, скелетних м'язах і т. д), неправильну форму, ребристі краї, загострені кути. Для кристалооптичних досліджень вирізають шматочки внутрішніх органів розміром 2x1,5 см. Потім ці шматочки фіксують у 10-12% розчині формаліну, виготовленому на дистильованій воді, обезводнюють в спиртах і заливають в парафін. Виготовлені зрізи товщиною 12-15 мкм спочатку поміщають у дистильовану воду, а потім на чисті предметні скельця. Зрізи повинні бути добре розпрямлені і щільно прилягати до предметних скельць. Приготовані таким чином препарати на фарфоровій пластинці поміщають в муфельну піч, накривають ковпаком з жаростійкого скла і спалюють. Озолені зрізи накривають покривними скельцями, які фіксують мастикою Двіжкова, воском і полістиролом. Разом з отриманням сподограм слід виготовити звичайні гістологічні забарвлені препарати. Сподограми і забарвлені препарати рекомендується розглядати в звичайному і поляризованому світлі. Петрографічні властивості кварцевмісних мінералів визначають при вивченні препаратів в темному полі з використанням компенсаційної кварцової пластинки першого порядку і обертання предметного столика мікроскопа на 360°. При цьому виявляється одна з властивостей кварцевмісних мінералів — подвійне променезаломлення (кристали кремнезему двічі стають темними і двічі блискучими). При дослідженні озолених препаратів з використанням кварцової пластинки першого порядку на рожево-червонуватому фоні виявляються чітко виражені структурні утворення тканин органів. Запропонований в 1966 році.

**Касаткина Б.С. - Кленче И.К.** кристалооптический метод установления прижизненного попадания человека в воду. В озоленных срезах внутренних органов выявляются кварцсодержащие минеральные частицы, имеющие характерную гистотопографическую локализацию и определенные петрографические свойства. Кварцсодержащие включения имеют величину от 2 до 15 мкм в легких и от 2 до 10 мкм в других органах (почках, миокарде, скелетных мышцах и т. д), неправильную угловатую форму, ребристые края, заостренные углы. Для кристалооптических исследований вырезают кусочки внутренних органов раз-

мером 2×1,5 см. Затем эти кусочки ткани и органов фиксируют в 10-12% растворе формалина, приготовленном на дистиллированной воде, обезвоживают в спиртах и заливают в парафин. Изготовленные срезы толщиной 12-15 мкм сначала помещают в дистиллированную воду, а потом на чистые предметные стекла. Срезы должны быть хорошо расправлены и плотно прилегать к предметным стеклам. Приготовленные таким образом препараты на фарфоровой пластинке помещают в муфельную печь, накрывают колпаком из жаростойкого стекла и сжигают. Озоленные срезы накрывают покровными стеклами, которые фиксируют замазкой Движкова, воском и полистиролом. Наряду с получением сподогамм следует изготовить обычные гистологические окрашенные препараты. Сподогаммы и окрашенные препараты рекомендуется рассматривать в обычном и поляризованном свете. Петрографические свойства кварцсодержащих минералов определяют при изучении препаратов в темном поле с использованием компенсационной кварцевой пластинки первого порядка и вращения предметного столика микроскопа на 360°. При этом выявляется одно из свойств кварцсодержащих минералов — двойное лучепреломление (кристаллы кремнезема дважды становятся темными и дважды блестящими). При исследовании озоленных препаратов с использованием кварцевой пластинки первого порядка на розовато-красноватом фоне представляются четко выраженными структурные образования тканей органов. Предложен в 1966 году.

**Каспера-Гюнца** цифрові показники окремих кісток доношених немовлят: довжина тім'яної кістки по діагоналі — 7,6 см; висота лобової кістки — 5,6 см, а її ширина — 4,5 см; довжина ключиці — 3,6 см; лопатки — 3,2 см; плечової кістки — 7,5 см; ліктьової — 7 см; променевої — 6,6 см; стегна — 8,7 см; великогомілкової — 7,9 см; малогомілкової — 7,7 см. Ці показники можна використувати при дослідженні розчленованих тіл.

**Каспера-Гюнца** цифровые показатели отдельных костей доношенных младенцев: длина теменной кости по диагонали — 7,6 см; высота лобной кости — 5,6 см, а ее ширина — 4,5 см; длина ключицы — 3,6 см; лопатки — 3,2 см;

плечевой кости — 7,5 см; локтевой — 7 см; лучевой — 6,6 см; бедра — 8,7 см; большеберцовой — 7,9 см; малоберцовой — 7,7 см. Эти показатели можно использовать при исследовании расчлененных тел.

**Каспера I.Л.** ознака. Постійна ознака утоплення у воді. Це рідка, вишневого кольору кров в судинах і в порожнині лівого шлуночка серця. Такого забарвлення кров набуває в результаті вилуження водою гемоглобіну з еритроцитів. У зв'язку з розведенням крові водою кількість еритроцитів в певному об'ємі (1 мм<sup>2</sup>) значно зменшується, в результаті цього падає і кількість гемоглобіну в крові лівого шлуночку серця.

**Каспера И.Л.** признак. Постоянный признак утопления в воде. Это жидкая, вишневого цвета кровь в сосудах и в полости левого желудочка сердца. Такую окраску кровь приобретает в результате выщелачивания водой гемоглобина из эритроцитов. В связи с разведением крови водой количество эритроцитов в определенном объеме (1 мм<sup>2</sup>) значительно уменьшается, в результате этого падает и количество гемоглобина в крови левого желудочка сердца.

**Каспера I.Л.** ознака. «Внутрішня странгуляційна борозна». Стиснення, знекровлення і сухість тканин, що знаходяться під странгуляційною борозною на шиї. Крововиливи в підшкірно жирову клітковину під борозною зазвичай не зустрічаються.

**Каспера И.Л.** признак. «Внутренняя странгуляционная борозда». Сжатие, обескровливание и сухость тканей, находящихся под странгуляционной бороздой на шее. Кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке под бороздой обычно не встречаются.

**Касьянова М.І.** ознака. Своєрідні морфологічні проліферативно-некробіотичні зміни в прямих каналцях нирок і в каналцях яєчок, що виникають під впливом холоду. Вони виражаються в тому, що клітини каналців приймають не нормальну, потворну форму, кількість ядер в них збільшується, причому ядра набувають довгастої або веретеноподібної форми (замість круг-

лої або овальної в нормі). Такі зміни надалі переходять в некроз. Описаний в 1954 році.

**Касьянова М.И.** признак. Своеобразные морфологические пролиферативно-некробиотические изменения в прямых канальцах почек и в канальцах яичек, возникающие под влиянием холода. Они выражаются в том, что клетки канальцев принимают ненормальную, уродливую форму, количество ядер в них увеличивается, причем ядра приобретают продолговатую или веретенообразную форму (вместо круглой или овальной в норме). Такие изменения в дальнейшем переходят в некроз. Описан в 1954 году.

**Катаями** проба на карбоксигемоглобін. До кров'яного розчину в пробірці додають спочатку 2-4 краплі сірчастого амонію, збовтують, потім по краплях (до 2-4) оцтову есенцію; за наявності СО, утворюється червоний колір, звичайна контрольна кров буде бурого кольору.

**Катаями** проба на карбоксигемоглобін. К кров'яному розчину в пробірці прибавляють спочатку 2-4 краплі сірчастого амонію, збовтують, потім по краплях (до 2-4) оцтову есенцію; при наявності СО, утворюється червоний колір, звичайна контрольна кров буде бурого кольору.

**Кеферштейна** плями. Світло-червоні плями на шкірі трупа, розташовані поза ділянками трупних плям, одна з ознак смерті від переохолодження. Механізм їх виникнення автор пояснює таким чином: у місцях, що піддалися дії холоду, кров в поверхневих судинах частково замерзає, але кровообіг ще продовжується і замерзла кров відтає. Внаслідок часткового гемолізу, що відбувається при цьому, гемоглобін переходить в сироватку, яка просочує навколишні тканини і забарвлює їх в червонуватий колір. На думку автора, такі плями поза гіпостазми — ознака прижиттєвої дії холоду. Описані в 1893 році.

**Кеферштейна** пятна. Светло-красные пятна на коже трупа, расположенные вне участков трупных пятен, один из признаков смерти от переохлаждения. Механизм их возникновения автор объясняет таким образом: в местах, подвергшихся действию холода, кровь в поверхностных сосудах частично замерза-

ет, но кровообращение еще продолжается и оледеневшая кровь оттаивает. Вследствие происходящего при этом частичного гемолиза гемоглобин переходит в сыворотку, которая пропитывает окружающие ткани и окрашивает их в красноватый цвет. По мнению автора, такие пятна вне гипостазов — признак прижизненного действия холода. Описаны в 1893 году.

**Кірсанова З.І.** методика порівняльного дослідження фотопортретів на базі аналізу відносин лінійних розмірів однієї частини лица (лоб, ніс, підборіддя і т. д.) до лінійних розмірів інших частин лица. Такий підхід має важливу перевагу — він дозволяє досліджувати фотознімки незалежно від масштабу. Описана в 1962, 1970 роках.

**Кирсанова З.И.** методика сравнительного исследования фотопортретов на базе анализа отношений линейных размеров одной части лица (лоб, нос, подбородок и т. д.) к линейным размерам других частей лица. Такой подход имеет важное преимущество — он позволяет исследовать фотоснимки независимо от масштаба. Описана в 1962, 1970 годах.

**Клевно В.А.** класифікація переломів ребер, в основу якої покладена травма тупими предметами грудної клітки як єдиного кісткового комплексу. За умови зовнішньої дії взято два крайні параметри: удар і компресія. (Зважаючи на надмірну громіздкість вказаної класифікації, вважаємо за доцільне вказати першоджерело: Судово-медична експертиза, 1990 № 3, з. 5-8. — Прим. автора).

**Клевно В.А.** классификация переломов ребер в основу которой положена травма тупыми предметами грудной клетки как единого костного комплекса. В качестве условий внешнего воздействия взяты два крайних параметра: удар и компрессия. (Ввиду чрезмерной громоздкости указанной классификации, считаем целесообразным указать первоисточник: Судебно-медицинская экспертиза, 1990, № 3, с. 5-8. — Прим. автора).

**Коккеля** спосіб виявлення фібрину в гістологічних препаратах шляхом їх забарвлення сумішшю 1% хромової кислоти, гематоксиліну і 10% розчину кальційних квасців з подальшою обробкою сумішшю Вейгерта: фібрин забарвлю-

ється в темно-коричневий або темно-синій колір; гістохімічний метод виявлення заліза в препаратах тканин; застосовується рідко у зв'язку з отруйністю продуктів реакції.

**Коккеля** способ виявлення фибрина в гистологических препаратах путем их окраски смесью 1% хромовой кислоты, гематоксилина и 10% раствора калийных квасцов с последующей обработкой смесью Вейгерта: фибрин окрашивается в темно-коричневый или темно-синий цвет; гистохимический метод выявления железа в препаратах тканей; применяется редко в связи с ядовитостью продуктов реакции.

**Коккеля** спосіб виготовлення зрізів волосся. Волосся розміщується між двома пластинами целулоїду в 1 мм товщини. Пластинки склеюються ацетоном або грушевою есенцією і залишаються під пресом протягом доби. Волосся виявляється залитим в целулоїдний блок, з якого роблять зрізи на мікротомі за допомогою твердого ножа С. Отримані зрізи поміщаються в ацетон, (або грушеву есенцію) для розчинення целулоїду. Осад, що складається з ізольованих зрізів волосся, переноситься на предметне скло, заливається канадським бальзамом і закривається покривним склом. Запропонований в 1926 році.

**Коккеля** способ изготовления срезов волос. Волосы помещают между двумя пластинами целлулоида в 1 мм толщины. Пластинки склеиваются ацетоном или грушевой эссенцией и оставляются под прессом в течение суток. Волосы оказываются залитыми в целлулоидный блок, из которого делают срезы на микротоме с помощью твердого ножа С. Полученные срезы помещаются в ацетон, (или грушевую эссенцию) для растворения целлулоида. Осадок, состоящий из изолированных срезов волос, переносится на предметное стекло, заливается канадским бальзамом и закрывается покровным стеклом. Предложен в 1926 году.

**Колісько** ознака. Крововиливи і інфаркти в наднирниках при сповільненому настанні смерті при опіках.

**Колиско** признак. Кровоизлияния и инфаркты в надпочечниках при замедленном наступлении смерти при ожогах.

**Колмакова В.П.** методи огляду місця події. Орієнтування — що полягає в загальному ознайомленні із спорудами або ділянками місцевості, де відбулася подія, що розслідувалася. Огляду — що полягає в попередньому вивченні обстановки тільки в запланованих межах огляду. При цьому виявлені сліди зберігаються від пошкоджень, змін, втрати. Процес огляду місця події, або місця виявлення трупа, повинен бути здійснений у дві стадії: статичною і динамічною. Статична стадія полягає в тому, що огляд, вивчення і фіксація обстановки і всіх предметів, які знаходяться там, відбуваються без зміни їх первинного положення і переміщення. Вона дає можливість найповніше з'ясувати загальну обстановку місця події, провести його фотографування, фотографування окремих предметів і слідів ще до їх переміщення, порушення або вилучення в процесі огляду. При цьому, торкатися руками або пінцетом виявлених предметів або слідів не дозволяється. Динамічна стадія відрізняється тим, що в процесі огляду місця події предмети раціонально переміщують, кожен окремо оглядають з різних сторін, виявляють різні сліди, які можуть бути на них, а також під ними. Наприклад, перевертання трупа для виявлення і дослідження в динаміці трупних плям з метою встановлення давності настання смерті. Запропоновані в 1969 році.

**Колмакова В.П.** методы осмотра места происшествия. Ориентирования — заключающийся в общем ознакомлении с постройками или участками местности, где произошло расследуемое событие. Обзора — заключающийся в предварительном изучении обстановки только в запланированных пределах осмотра. При этом выявленные следы сохраняются от повреждений, изменений, утраты. Процесс обзора места происшествия, или места обнаружения трупа, должен осуществляться в две стадии: статичной и динамичной. Статическая стадия заключается в том, что осмотр, изучение и фиксация обстановки и всех предметов, которые находятся там, происходят без изменения их первоначаль-

ного положения и перемещения. Она дает возможность наиболее полно уяснить общую обстановку места происшествия, провести его фотографирование, фотографирование отдельных предметов и следов еще до их перемещения, нарушения или изъятия в процессе осмотра. При этом касаться руками или пинцетом обнаруженных предметов или следов нельзя. Динамическая стадия отличается тем, что в процессе осмотра места происшествия предметы рационально перемещают, каждый отдельно осматривают с разных сторон, выявляют разные следы, которые могут быть на них, а также под ними. Например, переворачивание трупа для выявления и исследования в динамике трупных пятен с целью установления давности наступления смерти. Предложены в 1969 году.

**Концевич І.А.** ознака прижиттєвості странгуляційної борозни. При гістологічному дослідженні разом з ознаками стиснення шкіри є явища подразнення і розпаду більшості нервових елементів шкіри, а також зміни в ділянці стовпів блукаючих нервів у вигляді розтягувань і розривів частини аксонів з утворенням на їх кінцях завитків, клубочків і різної форми натікань нейроплазми. При посмертних странгуляціях вказані зміни, як правило, не виявляються. Описаний в 1968 році.

**Концевич И.А.** признак прижизненности странгуляционной борозды. При гистологическом исследовании наряду с признаками сдавления кожи имеются явления раздражения и распада большинства нервных элементов кожи, а также изменения и в области столбов блуждающих нервов в виде растяжений и разрывов части аксонов с образованием на их концах завитков, клубочков и разной формы натексов нейроплазмы. При посмертных странгуляциях указанные изменения, как правило, не выявляются. Описан в 1968 г.

**Коріна-Стокіса** (Corin, Stokis) метод виявлення сперматозоїдів. З підозрілої плями вирізують ниточку або маленький шматочок, поміщають на предметне скло і на нього наносять одну — дві краплі реактиву, що складається з 0,5 г еритрозина в 100 мл 25% розчину аміаку, через 20-50 з матеріал витягують з фарбника і переносять в краплю дистильованої води, потім препарувальними



голками шматочок або ниточку розщеплюють, надлишок фарбника видаляють за допомогою фільтрувального паперу; препарат накривають покривним склом і піддають мікроскопії при великому збільшенні. При цьому способі вдається (більш - менш вибірково) виконувати забарвлення розчином еритрозина головки сперматозоїдів у червоний колір. Запропонований в 1908 році.

**Корина-Стокіса** (Corin, Stokis) метод обнаружения сперматозоидов. Из подозрительного пятна вырезают ниточку или маленький кусочек, помещают на предметное стекло и на него наносят одну — две капли реактива, состоящего из 0,5 г эритрозина в 100 мл 25% раствора аммиака, через 20-50 с материал извлекают из красителя и переносят в каплю дистиллированной воды, затем препаратовальными иглами кусочек или ниточку расщепляют, избыток красителя удаляют с помощью фильтровальной бумаги; препарат накрывают покровным стеклом и подвергают микроскопии при большом увеличении. При этом способе удастся (более или менее избирательно) окрасить раствором эритрозина головки сперматозоидов в красный цвет. Предложен в 1908 году.

**Краєвського Ф.Д.** ознака. Розходження кісток черепа по стрілоподібному і (або) вінцевому швах внаслідок замерзання (залединіння) трупа. Автор пояснює цю ознаку так: під дією холоду під час агонії розвивається повнокров'я і набряк головного мозку, тобто в порожнині черепа скупчується велика кількість рідини. При замерзанні трупа рідина, перетворюючись на лід і розширюючись, розриває череп по швах. На заморожених трупах осіб, померлих від інших причин, розходження кісток черепа автор не спостерігав. Слід мати на увазі, що розбіжність кісток черепа по швах завжди процес посмертний. Скупчення в порожнині черепа великої кількості рідини може мати місце не тільки при смерті від холоду. Описаний в 1860 році.

**Краєвського Ф.Д.** признак. Расхождение костей черепа по стреловидному и (или) венечному швам вследствие замерзания (оледенения) трупа. Автор объясняет этот признак так: под действием холода во время агонии развивается полнокровие и отек головного мозга, т.е. в полости черепа скапливается боль-

шое количество жидкости. При замерзании трупа жидкость, превращаясь в лед и расширяясь, разрывает череп по швам. На замороженных трупах лиц, умерших от других причин, расхождения костей черепа автор не наблюдал. Следует иметь в виду, что расхождение костей черепа по швам всегда процесс посмертный. Скопление в полости черепа большого количества жидкости может иметь место не только при смерти от холода. Описан в 1860 году.

**Крушевського С.В.** ознака. Стійка дрібнопухирчаста білого кольору піна в дихальних шляхах при повнокров'ї її слизової оболонки. Спостерігається при смерті від втоплення у воді. Ознака свідчить про прижиттєвість втоплення. Запропонований в 1870 році.

**Крушевского С.В.** признак. Стойкая мелкопузырчатая белого цвета пена в дыхательных путях при полнокровии их слизистой оболочки. Наблюдается при смерти от утопления в воде. Признак свидетельствует о прижизненности утопления. Предложен в 1870 году.

**Кузнєцова Л.Є.** Техніка дослідження таза. Проводять розпили кісток переднього півкільця — верхніх і нижніх гілок лобкових кісток по зовнішніх краях замикальних отворів.

**Кузнєцова Л.Е.** Техника исследования таза. Производят распилы костей переднего полукольца — верхних и нижних ветвей лобковых костей по наружным краям запирательных отверстий.

**Кузьміна А.І.** спосіб відділення м'яких тканин від лицевого черепа. Фронтальний розтин м'яких тканин голови, подовжений через соскоподібні відростки скроневих кісток на бічні поверхні шиї, поєднують в ділянках плечових кінців ключиць з комірцевоподібним розтином шкіри і підшкірної клітковини грудної клітки. Передню половину шкіряно-м'язового клаптя із склепіння черепа відокремлюють вниз і виділяють очні яблука, зберігаючи їх зв'язок з шкіряно-м'язовим клаптем. Шкіру шиї відсепаровують вгору — латеральний до щелепних дуг, медіальної до виступу підборіддя нижньої щелепи. Перетинають м'язи дна порожнини рота і зовнішні слухові проходи, відсепаровують шкіряно-

м'язовий клапот в медіальному напрямі разом з привушними слинними залозами і виділеними очними яблуками до хрящів носа. Випилують щелепні дуги, розкривають скронево-нижньощелепні суглоби. Потім виводять нижню щелепу з шкіряно-м'язовим клаптом і звільняють скроневі, підскроневі, крилопіднебінні ямки від залишків м'язів і зв'язок. При необхідності проводять відшаровування слизової оболонки і окістя від нижньої поверхні піднебінного відростка верхньої щелепи і горизонтальних пластинок піднебінної кістки. В результаті кістки, звільнені від м'яких тканин, стають доступними для дослідження без вилучення і заміщення. При подальшому туалеті трупа поєднання шкіряно-м'язового клаптя з верхньою і нижньою щелепами в ділянці хрящів носа і виступу підборіддя не вимагає додаткової фіксації м'яких тканин з кістками. Для кращої фіксації м'яких тканин з шкіри тім'яної ділянки можна вилучити ділянку завдовжки 8-10 см і шириною 2-3 см. Запропонований в 1980 році.

**Кузьмина А.И.** способ отделения мягких тканей от лицевого черепа. Фронтальный разрез мягких тканей головы, продленный через сосцевидные отростки височных костей на боковые поверхности шеи, соединяют в области плечевых концов ключиц с воротниковообразным разрезом кожи и подкожной клетчатки грудной клетки. Переднюю половину кожно-мышечного лоскута со свода черепа отделяют вниз и выделяют глазные яблоки, сохраняя их связь с кожно-мышечным лоскутом. Кожу шеи отсепааровывают вверх — латерально до скуловых дуг, медиально до подбородочного выступа нижней челюсти. Пересекают мышцы дна полости рта и наружные слуховые проходы, отсепааровывают кожно-мышечный лоскут в медиальном направлении вместе с околоушными слюнными железами и выделенными глазными яблоками до хрящей носа. Выпиливают скуловые дуги, вскрывают височно-нижнечелюстные суставы. Затем выводят нижнюю челюсть с кожно-мышечным лоскутом и освобождают височные, подвисочные, крылонебные ямки от остатков мышц и связок. При необходимости производят отслоение слизистой оболочки и надкостницы от нижней поверхности небного отростка верхней челюсти и горизонтальных пластинок

небной кости. В результате кости лица, освобожденные от мягких тканей, становятся доступными для исследования без изъятия и замещения. При последующем туалете трупа связь кожно-мышечного лоскута с верхней и нижней челюстями в области хрящей носа и подбородочного выступа не требует дополнительной фиксации мягких тканей с костями. Для лучшей фиксации мягких тканей из кожи теменной области можно выкроить участок длиной 8-10 см и шириной 2-3 см. Предложен в 1980 году.

**Кумбса Р.** (Coombs R.) антиглобулиновый метод дослідження еритроцитарної системи АВ0. Принцип методу полягає в наступному. Спочатку випробовувані еритроцити приводять у взаємодію зі специфічною сироваткою, що має неповні антитіла. Якщо еритроцити містять антиген, з яким здатна зв'язуватися дана сироватка, то антитіла абсорбуються на еритроцитах. Потім до цих еритроцитів додають антиглобулінову сироватку, отриману шляхом імунізації тварин глобуліном людини. Якщо на еритроцитах є антитіла, які є глобулінами, то антиглобулінова сироватка, зв'язуючись з глобулінами застосованої раніше сироватки, викликає аглютинацію еритроцитів. Якщо ж специфічні антитіла в першій фазі реакції не абсорбувалися на еритроцитах, тобто в еритроцитах немає антигенів відповідної специфічності, то антиглобулінова сироватка не викликає аглютинації досліджуваних еритроцитів. Запропонований в 1945 році.

**Кумбса Р.** (Coombs R.) антиглобулиновый метод исследования эритроцитарной системы АВ0. Принцип метода заключается в следующем. Сначала испытуемые эритроциты приводят во взаимодействие со специфической сывороткой, имеющей неполные антитела. Если эритроциты содержат антиген, с которым способна связываться данная сыворотка, то антитела абсорбируются на эритроцитах. Затем к этим эритроцитам добавляют антиглобулиновую сыворотку, полученную путем иммунизации животных человеческим глобулином. Если на эритроцитах имеются антитела, которые являются глобулинами, то антиглобулиновая сыворотка, связываясь с глобулинами примененной ранее сыворотки, вызывает агглютинацию эритроцитов. Если же специфические анти-

тела в первой фазе реакции не абсорбировались на эритроцитах, т. е. в эритроцитах нет антигенов соответствующей специфичности, то антиглобулиновая сыворотка не будет вызывать агглютинации исследуемых эритроцитов. Предложен в 1945 году.

**Купернейла** симптом. Поступова поява синця на промежині і мошонці (або статевих губах) при переломі тазу.

**Купернейла** симптом. Постепенное появление кровоподтека на промежности и мошонке (или половых губах) при переломе таза.

**Курвіля К.Б.** (Courville C.B.) метод дослідження мозку. Мозок фіксують *in situ*, вводячи формалін в сонні артерії. Перш ніж досліджувати витягнутий мозок, відокремлюють стовбур і мозочок шляхом розтину через ніжки мозку. Для дослідження зазвичай достатньо 7 фронтальних розтинів: через лобові частки на 2,5 см спереду від кінців скроневих часток, через перехрест зорових нервів, через лійку гіпофіза, через соскоподібні тіла, через ніжки мозку, через мозолясте тіло, через скронево-тім'яну ділянку. Відповідно цим розтинам заготовлюють друкарські схеми, на які наносять виявлені зміни, — особливим кольором для кожного виду ушкоджень (свіжіше старої травми, хірургічних втручань). Ушкодження від удару зображають штрихуванням, від протиудару — хрестиками. Шматочки для гістологічного дослідження завжди беруть певної форми залежно від ділянки мозку. За відсутності макроскопічно видимих змін шматочки беруть, виходячи з клінічної картини, що спостерігалася, визначаючи таким чином найбільш вірогідну ділянку ураження. Взагалі ж, у подібних випадках обов'язково досліджують під мікроскопом мінімум по одному шматочку з наступних ділянок: кора з підкірковим шаром лобової частки, кори моторної зони лобової частки, коритім'яної, потиличної і скроневої часток, зорового горба і гіпоталамічної ділянки, ядра чечевиці, мозочка. Беруть також ряд зрізів із стовбурової частини. Запропонована в 1966 році.

**Курвіля К.Б.** (Courville C.B.) метод исследования мозга. Мозг фиксируют *in situ*, вводя формалин в сонные артерии. Прежде, чем исследовать извлечен-

ный мозг, отделяют ствол и мозжечок путем разреза через ножки мозга. Для исследования обычно достаточно бывает 7 фронтальных разрезов: через лобные доли на 2,5 см кпереди от концов височных долей, через перекрест зрительных нервов, через воронку гипофиза, через сосцевидные тела, через ножки мозга, через мозолистое тело, через височно-теменную область. Соответственно этим разрезам заготавливают печатные схемы, на которые наносят обнаруженные изменения — особым цветом для каждого вида повреждений (свежей и старой травмы, хирургических вмешательств). Повреждения от удара изображают штриховкой, от противоудара — крестиками. Кусочки для гистологического исследования всегда берут определенной формы в зависимости от участка мозга. При отсутствии макроскопически видимых изменений кусочки берут, исходя из наблюдавшейся клинической картины, определяя таким образом наиболее вероятный участок поражения. Вообще же в подобных случаях обязательно исследуют под микроскопом минимум по одному кусочку из следующих участков: коры с подкорковым слоем лобной доли, коры моторной зоны лобной доли, коры теменной, затылочной и височной долей, зрительного бугра и гипоталамической области, чечевичного ядра, мозжечка. Берут также ряд срезов из стволовой части. Предложена в 1966 году.

**Курлінга** (Curling) ознака. Виразки дванадцятипалої кишки виникають в пізні терміни опікової хвороби.

**Курлінга** (Curling) признак. Язвы двенадцатиперстной кишки возникающие в поздние сроки ожоговой болезни.

**Кустановича С.Д.** класифікація вогнепальної зброї: 1) Бойова: а) бойові гвинтівки і карабіни (магазинні, автоматичні); б) пістолети-кулемети; в) пістолети; г) револьвери. 2) Мисливська: а) гладкоствольне; б) нарізне; в) комбініроване. 3) Спортивна: а) тренувальне; б) цільове. 4) Саморобна: а) «самопали»; б) обрізи. 5) Спеціальна: а) сигнальне (ракетниці); б) стартові пістолети; у) газові пістолети. Запропонована в 1956 році.

**Кустановича С.Д.** класифікація вогнестрельного зброї: 1) Боевое: а) боевые винтовки и карабины (магазинные, автоматические); б) пистолеты-пулеметы; в) пистолеты; г) револьверы. 2) Охотничье: а) гладкоствольное; б) нарезное; в) комбинированное. 3) Спортивное: а) тренировочное; б) целевое. 4) Самодельное: а) «самопалы»; б) обрезы. 5) Специальное: а) сигнальное (ракетницы); б) стартовые пистолеты; в) газовые пистолеты. Предложена в 1956 г.

**Кестера** спосіб дослідження грудної протоки. Видаливши серце і ліву легеню, перекладають праву легеню у ліву плевральну порожнину, що звільнилася. Грудна протока і непарна вена при цьому натягаються, і їх можна легко виділити з навколишньої сполучної тканини. Якщо необхідно прослідкувати протоку на всьому її протязі, то, щоб не втратити її з виду під час вилучення органів грудної і черевної порожнин, навколо неї обводять нитку. У черевній порожнині при огляді грудної протоки слід відхилити черевну аорту вліво. Треба, проте, відмітити, що, якщо протока не змінена, її, взагалі, важко відмітити.

**Кэстера** способ исследования грудного протока. Удалив сердце и левое легкое, перекадывают правое легкое в освободившуюся левую плевральную полость. Грудной проток и непарная вена при этом натягиваются, и их можно легко выделить из окружающей соединительной ткани. Если необходимо проследить проток на всем его протяжении, то, чтобы не потерять его из виду во время извлечения органов грудной и брюшной полостей, вокруг него обводят нить. В брюшной полости при осмотре грудного протока следует отклонить брюшную аорту влево. Надо, однако, заметить, что, если проток не изменен, его, вообще, трудно заметить.

**Лабзіна В.І.** спосіб швидкого вилучення шийного відділу хребта: 1) під плечі розкритого по методу Шора трупа підкладають високий вал, що в подальшому забезпечує можливість максимального розгинання шиї і закидання голови; 2) відсепаровують тканини, що оточують шийний відділ хребта; 3) роз'єднують зчленування між VII шийним і I грудним хребцями; 4) виводять наперед дистальний кінець шийного відділу хребта і одночасно відокремлюють по задній по-

верхні його від шкіри; 5) розтинають задню атлanto-окципітальну мембрану і, по можливості, максимально відводять дистальний кінець шийного відділу хребта в краніальну сторону; 6) через розтин, що утворився, скальпелем або малим секційним ножом розкривають капсули обох атлanto-окципітальних суглобів і роз'єднують їх суглобові поверхні; 7) проводять остаточне роз'єднання зв'язкового апарату по передньому півколу хребетного каналу. Після цієї маніпуляції шийний відділ хребта легко витягують з трупа. Запропонований в 1982 році.

**Лабзина В.И.** способ быстрого извлечения шейного отдела позвоночника: 1) под плечи вскрытого по методу Шора трупа подкладывают высокий валик, что в последующем обеспечивает возможность максимального разгибания шеи и запрокидывания головы; 2) отсепааровывают окружающие шейный отдел позвоночника ткани; 3) разъединяют сочленения между VII шейным и I грудным позвонками; 4) выводят кпереди дистальный конец шейного отдела позвоночника и одновременно отделяют по задней его поверхности от кожи; 5) рассекают заднюю атлanto-окципитальную мембрану и по возможности максимально отводят дистальный конец шейного отдела позвоночника в краниальную сторону; 6) через образовавшийся разрез скальпелем или малым секционным ножом вскрывают капсулы обоих атлanto-окципитальных суставов и разъединяют их суставные поверхности; 7) производят окончательное разъединение связочного аппарата по передней полуокружности позвоночного канала. После этой манипуляции шейный отдел позвоночника легко извлекают из трупа. Предложен в 1982 году.

**Лакассаня А.** ознака. Карміновий набряк легенів — різке переповнення судин легенів артеріальною кров'ю з набряком легеневої тканини і карміночервоним забарвленням окремих вогнищ легеневої тканини. Спостерігається при компресії грудної клітки і є показником прижиттєвості ушкоджень. Описаний в 1878 році.



**Лакассаня А.** признак. Карминовый отек легких — резкое переполнение сосудов легких артериальной кровью с отеком легочной ткани и карминово-красной окраской отдельных очагов легочной ткани. Наблюдается при компрессии грудной клетки и является показателем прижизненности повреждений. Описан в 1878 году.

**Лакассаня А.** проба на глікоген печінки. А. Лакассань, ґрунтуючись на класичних дослідях Клода Бернара, запропонував використовувати пробу на глікоген печінки як доказ смерті від переохолодження при його відсутності. Запропонована в 1897 році.

**Лакассаня А.** проба на гликоген печени. А. Лакассань, основываясь на классических опытах Клода Бернара, предложил использовать пробу на гликоген печени как доказательство смерти от переохлаждения при его отсутствии. Предложена в 1897 году.

**Лангера** лінії. Умовні лінії на поверхні шкіри, що вказують напрямом її максимального розтягіння.

**Лангера** линии. Условные линии на поверхности кожи, указывающие направление ее максимальной растяжимости.

**Лаптева З.Л.** метод звільнення ребер від м'яких тканин. Виділені ребра поміщають в банку з річковою водою, додають 50-100 мл трупної крові на літр води і розміщують у термостат на 3 дні при температурі 28-30 °С, після чого кістки відокремлюють від м'яких тканин ножицями. Як правило, м'які тканини легко відділяються разом з окістям. Звільнені від м'яких тканин ребра ще раз заливають в банках водою і ставлять в термостат ще на 2-3 дні при температурі 39-40 °С. Запропонований в 1970 році.

**Лаптева З.Л.** метод освобождения ребер от мягких тканей. Выделенные ребра помещают в банку с речной водой, добавляют 50-100 мл трупной крови на литр воды и ставят в термостат на 3 дня при температуре 28-30 °С, после чего кости очищают от мягких тканей ножницами. Как правило, мягкие ткани легко отделяются вместе с надкостницей. Освобожденные от мягких тканей ре-

бра повторно заливають в банках водою і ставлять в термостат ще на 2-3 дні при температурі 39-40°C. Предложено в 1970 році.

**Лібмана** якісна проба на карбоксигемоглобін. До досліджуваної і контрольної крапель крові додають краплю формальдегіду. За наявності карбоксигемоглобіна забарвлення не змінюється, при його наявності з'являється коричнево-чорне забарвлення за рахунок утворення формалінового пігменту.

**Либмана** качественная проба на карбоксигемоглобин. К исследуемой и контрольной каплям крови добавляют каплю формальдегида. При наличии карбоксигемоглобина окраска не меняется, при его наличии появляется коричневатая-черная окраска за счет образования формалинового пигмента.

**Лешке** розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Перший розтин від лівого до правого плеча уздовж нижніх країв ключиць; другий розтин від яремної вирізки до лобка обходячи пупок зліва.

**Лешке** разрез мягких тканей передней поверхности тела для доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. Первый разрез от левого до правого плеча вдоль нижних краев ключиц; второй разрез от яремной вырезки до лобка обходя пупок слева.

**Ломброзо Чезаре** (Lombroso C.) (1835-1909), італійський психіатр і криміналіст, стверджував, що в сучасному суспільстві існує особливий тип злочинної людини, яка самою природою призначений до скоювання злочинів, що «злочин є природним феноменом — феноменом необхідним, як зачаття, як народження, як смерть, як душевні хвороби». На його думку, злочинна людина володіє особливими «стигматами» (неправильна форма черепа, асиметрія особи, виступаюча нижня щелепа і ін.), що дають підставу застосовувати до таких осіб, що хоч і не скоїли злочини, найрішучіші заходи соціального захисту аж до довічного тюремного ув'язнення і страти. У деяких західних країнах ці ознаки використовувалися як підстава для репресій. Ідеї Ч. Ломброзо знайшли свій вираз в ідеології фашизму.

**Ломброзо Чезаре** (Lombroso C.) (1835-1909), итальянский психиатр и криминалист, утверждал, что в современном обществе существует особый тип преступного человека, который самой природой предназначен к совершению преступлений, что «преступление является естественным феноменом — феноменом необходимым, как зачатие, как рождение, как смерть, как душевные болезни». По его мнению, преступный человек обладает особыми «стигматами» (неправильная форма черепа, асимметрия лица, выступающая нижняя челюсть и др.), дающими основание применять к таким лицам, хотя и не совершившим преступления, самые решительные меры социальной защиты вплоть до пожизненного тюремного заключения и смертной казни. В некоторых западных странах эти признаки использовались в качестве основания для репрессий. Идеи Ч. Ломброзо нашли свое выражение в идеологии фашизма.

**Луї** ознака настання смерті. Висихання рогівки. Вже під час агонії рогівка втрачає блиск, блякне і представляється як би посипаною найдрібнішим пилом унаслідок підведення епітелію рогівки. Описаний в кінці XVII століття.

**Луи** признак наступления смерти. Высыхание роговицы. Уже во время агонии роговица теряет блеск, тускнеет и представляется как бы посыпанной мельчайшей пылью вследствие приподымания эпителия роговицы. Описан в конце XVII века.

**Люголя** (Lougol) розчини. Для зовнішнього застосування: йод — 1 г; калія йодид — 2 г; дистильованої води — 97 мл. Йод — 1 г; калія йодид — 2 г; гліцерин — 94 г; води — 3 мл. Для внутрішнього застосування: йод — 1 г; калія йодид — 2 г; дистильованої води до 20 мл.

**Люголя** (Lougol) розтвори. Для наружного применения: йод — 1 г; калия йодид — 2 г; воды дистиллированной — 97 мл. Йод — 1 г; калия йодид — 2 г; глицерин — 94 г; воды — 3 мл. Для внутреннего применения: йод — 1 г; калия йодид — 2 г; воды дистиллированной до 20 мл.

**Лярише** плями. Трикутні плями, основою звернені до радужки, такі, що з'являються на поверхні склери у кутів очей трупа внаслідок підсихання склери, якщо очі були розплющені протягом деякого часу після настання смерті.

**Лярише** пятна. Треугольные пятна, основанием обращенные к радужке, появляющиеся на поверхности склеры у углов глаз трупа вследствие подсыхания склеры, если глаза были открыты в течение некоторого времени после наступления смерти.

**Ляськовського** рідина для збереження трупа. Склад — 1000 мл гліцерину, 200 мл води, 50 г борної кислоти, 50 г карболової кислоти. Борну кислоту розчиняють в гарячій воді і змішують з гліцерином, а потім додають розігріту карболову кислоту.

**Лясковського** жидкость для сохранения трупа. Состав — 1000 мл глицерина, 200 мл воды, 50 г борной кислоты, 50 г карболовой кислоты. Борную кислоту растворяют в горячей воде и смешивают с глицерином, а затем прибавляют разогретую карболовую кислоту.

**Магнуса** проба на збереження життя. Туго перев'язаний палець у живого червоніє і синіє вище за перев'язку; у трупа — колір не міняється.

**Магнуса** проба на сохранный жизни. Туго перевязанный палец у живого краснеет и синее выше перевязки; у трупа — цвет не меняется.

**Мартіна** (Martin) ознака. Крововиливи в адвентицію (серозну оболонку) сонних артерій при смерті від повішення.

**Мартина** (Martin) признак. Кровоизлияния в адвентицию (серозную оболочку) сонных артерий при смерти от повешения.

**Марченко М.І.** класифікація ентомофауни трупа. І. Власне ентомофауна трупа — некробіонти — види, для яких труп є житлом і джерелом розвитку, підрозділяються на: 1. Некрофаги — види, що споживають тканини трупа: А. Загін жорсткокрилих, сімейства: Catopidae мертвоїди, трокси, шкіроїди (рід *Dermestes* L.), пістряки, блестянки, стафіліни (рід *Omalium* Grav.); Б. Загін двокрилих, сімейства: *Piophilidae*, *Thyreophoridae*, *Helomyzidae* сині і зелені м'ясні

мухи, сірі м'ясні мухи (*Parasarcophaga* Jet. T.), справжні мухи (рід *Fannia* R. D., рід *Musca* L.); В. Загін лускокрилих, сімейство моли, підродина *Teneinae*. Г. Загін кліщів, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, сімейство *Parasitida* (рід *Poecilochirus* G.). 2. Ентомофаги — види, що споживають і паразитують на некрофагах: А. Загін жорсткокрилих, сімейства: стафіліни, пістряки; Б. Загін кліщів, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, сімейство *Macrochelidae*. II. Випадкова ентомофауна трупа — види, для яких труп не є місцем постійного проживання і розвитку, а відвідується в процесі міграції у пошуках їжі, підрозділяються на: 1. Поліфаги — всеїдні види [А. Загін Тарганів; Б. Загін жорсткокрилих, сімейства: пластинчатовусі, лускуни (рід *Ptinus* L., рід *Niptus* Boield); В. Загін перетинчастокрилих, сімейство мурашки)]; 2. Ентомофаги (А. Загін жорсткокрилих, сімейства: жужелиці стафіліни, лускуни); 3. Некроентомофаги — види, що харчуються сухими комахами [Загін жорсткокрилих, сімейство — шкіроїди (рід *Anthrenus* Schaeff)]. Запропонована у 1980 році.

**Марченко М.И.** классификация энтомофауны трупа. I. Собственно энтомофауна трупа — некробионты — виды, для которых труп является местом обитания и развития, подразделяющиеся на: 1. Некрофагов — виды, питающиеся тканями трупа: А. Отряд жесткокрылых, семейства: *Catopidae* мертвояды, троксы, кожееды (род *Dermestes* L.), пестряки, блестянки, стафилины (род *Omalium* Grav.); Б. Отряд двукрылых, семейства: *Piophilidae*, *Thyreophoridae*, *Helomyzidae* синие и зеленые мясные мухи, серые мясные мухи (*Parasarcophaga* Jet. T.), настоящие мухи (род *Fannia* R. D., род *Musca* L.); В. Отряд чешуекрылых, семейство моли, подсемейство *Teneinae*. Г. Отряд клещей, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, семейство *Parasitida* (род *Poecilochirus* G.). 2. Энтомофагов — виды, питающиеся и паразитирующие на некрофагах: А. Отряд жесткокрылых, семейства: карапузики, стафилины, пестряки; Б. Отряд клещей, надкогорта *Mesostigmata*, когорта *Gamasina*, семейство *Macrochelidae*. II. Случайная энтомофауна трупа — виды, для которых труп не является местом постоянного обитания и развития, а посещается в процессе миграции в поисках

пищи, подразделяющиеся на: 1. Полифагов — всеядные виды [А. Отряд Таракановых; Б. Отряд жесткокрылых, семейства: пластинчатоусые, шелкоуны, при-  
творяшки (род *Ptinus* L., род *Niptus* Boield); В. Отряд перепончатокрылых, се-  
мейство муравьи)]; 2. Энтомофагов (А. Отряд жесткокрылых, семейства: жу-  
желицы стафилины, шелкоуны); 3. Некроэнтомофагов — виды, питающиеся су-  
хими насекомыми [Отряд жесткокрылых, семейство — кожееды (род *Anthrenus*  
*Schaeff*)]. Предложена в 1980 году.

**Матишева А.А.** (спіавт. Солохін А.А., Сафронов В.А., Хрістофоров С.Н.)  
класифікація автомобільної травми: I. Травма від зіткнення рухомого автомобі-  
ля з людиною (пішоходом, велосипедистом, мотоциклістом). Від зіткнення: а) з  
передньою частиною автомобіля; б) з бічною частиною автомобіля; у) із зад-  
ньою частиною автомобіля. II. Травма від переїзду пішохода колесом автомобі-  
ля. Повний переїзд: а) переднім, заднім або обома колесами однієї сторони; б)  
передніми колесами, задніми колесами, передніми і задніми колесами. Непов-  
ний переїзд: а) переднім колесом; би) заднім колесом. III. Травма від випадіння  
(пасажира, водія) з рухомого автомобіля. Від випадіння: а) з кабіни автомобіля;  
б) з кузова автомобіля (вперед, убік, назад); в) від падіння з підніжки автомобі-  
ля. IV. Травма від дії внутрішніх частин салону автомобіля (пасажира, водія).  
Від дії внутрішніх частин: а) на водія; б) на пасажира переднього сидіння; на  
пасажира заднього сидіння; в) на пасажира салону і кузова. V. Травма від здав-  
лення тіла (пасажира, водія) між частинами автомобіля і перешкодою. Від здав-  
лення між: а) двома автомобілями; б) автомобілем і іншими транспортними за-  
собами; в) автомобілем і нерухомими предметами (стіна, огорожа, парапет); г)  
автомобілем і ґрунтом; д) частинами автомобіля (дверцями і рамою), частинами  
автомобіля і вантажем, що перевозиться, і т.п. VI. Комбіновані види травми: а)  
від зіткнення рухомого автомобіля з людиною і подальшого його переїзду ко-  
лесом; б) від випадіння людини з рухомого автомобіля і переїзду тіла колесом;  
в) водія і пасажира від дії внутрішніх частин салону автомобіля і подальшого

випадіння з машини з переїздом тіла колесом; г) інші поєднання варіантів окремих видів автомобільної травми. Запропонована у 1968 році.

**Матышева А.А.** (соавт. Солохин А.А., Сафронов В.А., Христофоров С.Н.) классификация автомобильной травмы: I. Травма от столкновения движущегося автомобиля с человеком (пешеходом, велосипедистом, мотоциклистом). От столкновения: а) с передней частью автомобиля; б) с боковой частью автомобиля; в) с задней частью автомобиля. II. Травма от переезда пешехода колесом автомобиля. Полный переезд: а) передним, задним или обоими колесами одной стороны; б) передними колесами, задними колесами, передними и задними колесами. Неполный переезд: а) передними колесом; б) задним колесом. III. Травма от выпадения (пассажира, водителя) из движущегося автомобиля. От выпадения: а) из кабины автомобиля; б) из кузова автомобиля (вперед, в сторону, назад); в) от падения с подножки автомобиля. IV. Травма от действия внутренних частей салона автомобиля (пассажира, водителя). От действия внутренних частей: а) на водителя; б) на пассажира переднего сидения; на пассажира заднего сидения; в) на пассажира салона и кузова. V. Травма от сдавления тела (пассажира, водителя) между частями автомобиля и преградой. От сдавления между: а) двумя автомобилями; б) автомобилем и другими транспортными средствами; в) автомобилем и неподвижными предметами (стена, забор, парапет); г) автомобилем и грунтом; д) частями автомобиля (дверцей и рамой), частями автомобиля и перевозимым грузом и т.п. VI. Комбинированные виды травмы: а) от столкновения движущегося автомобиля с человеком и последующего его переезда колесом; б) от выпадения человека из движущегося автомобиля и переезда тела колесом; в) водителя и пассажира от действия внутренних частей салона автомобиля и последующего выпадения из машины с переездом тела колесом; г) другие сочетания вариантов отдельных видов автомобильной травмы. Предложена в 1968 году.

**Матишева А.А.** класифікація механічних ушкоджень: 1) ізольовані (монотравма); 2) множинні (політравма) одній частині тіла і поєднані — дві та більше частини тіла; 3) ізольовані і множинні у складі комбінованих.

**Матышева А.А.** классификация механических повреждений: 1) изолированные (монотравма); 2) множественные (политравма) одной части тела и сочетанные — двух и более частей тела; 3) изолированные и множественные в составе комбинированных.

**Матишева А.А.** класифікація пошкоджень при прямому вільному падінні з висоти. I. Падіння на випрямлену ногу. 1) Удар підошвою об ґрунт; 2) Вторинні удари при подальшому падінні частіше на бік: випрямленою рукою, бічною поверхнею тіла. II. Падіння на обидві випрямлені ноги. 1) Удар підошвами стоп об ґрунт; 2) Вторинні удари при подальшому падінні частіше на задню поверхню тіла: сідничною ділянкою, ліктьовими суглобами, спиною, потилицею. III. Падіння на сідниці. 1) Удар сідницями і крижовою ділянкою; 2) Вторинний удар частіше спиною, потилицею. IV. Падіння на голову. 1) Удар головою об ґрунт; 2) Вторинний удар частіше бічною або задньою поверхнею тіла. V. Падіння на бічну поверхню тіла. 1) Удар бічною поверхнею тіла. VI. Падіння на задню поверхню тіла. 1) Удар задньою поверхнею тіла. VII. Падіння на передню поверхню тіла. 1) Удар передньою поверхнею тіла. Запропонована в 1980 році.

**Матышева А.А.** классификация повреждений при прямом свободном падении с высоты. I. Падение на выпрямленную ногу. 1) Удар подошвой о грунт; 2) Вторичные удары при последующем падении чаще на бок: выпрямленной рукой, боковой поверхностью тела. II. Падение на обе выпрямленные ноги. 1) Удар подошвами стоп о грунт; 2) Вторичные удары при последующем падении чаще на заднюю поверхность тела: крестцово-ягодичной областью, локтевыми суставами, спиной, затылком. III. Падение на ягодицы. 1) Удар ягодицами и крестцовой областью; 2) Вторичный удар чаще спиной, затылком. IV. Падение на голову. 1) Удар головой о грунт; 2) Вторичный удар чаще боковой или зад-



ней поверхністю тела. V. Падение на боковую поверхность тела. 1) Удар боковой поверхностью тела. VI. Падение на заднюю поверхность тела. 1) Удар задней поверхностью тела. VII. Падение на переднюю поверхность тела. 1) Удар передней поверхностью тела. Предложена в 1980 году.

**Мессерера О.** (Messerer O.) трикутник — уламок клиноподібної форми, який формується при переломі трубчастих кісток в наслідок деформації вигину (напр. «бампер-перелом»). Основа уламку знаходиться в місці докладання діючої сили, а вершина указує на її напрямок. Уламок названий ім'ям О. Мессерера, який докладно вивчив у 1880-1884 роках переломи трубчастих кісток в експерименті і в практичних спостереженнях і вперше описав цю ознаку.

**Мессерера О.** (Messerer O.) треугольник — отломок клиновидной формы, который формируется при переломе трубчатых костей в результате деформации изгиба (напр. «бампер-перелом»). Основание отломка находится в месте приложения действовавшей силы, а вершина указывает на ее направление. Отломок назван именем О. Мессерера, обстоятельно изучившего в 1880-1884 годах переломы трубчатых костей в эксперименте и в практических наблюдениях и впервые описавшего этот признак.

**Мінакова П.А.** плями. Це дрібні, множинні, смугасті, темно-червоні крововиливи під ендокардом лівого шлуночка серця, — так звані субендокардіальні екхімози. Зустрічаються при гострій (що настає швидко) крововтраті, шоці. Мінаков П.А. пояснював їх утворення з розвитком негативного тиску в порожнині лівого шлуночка під час його розширення. Десятов В.П. (1951) пов'язував їх появу з анемічною аноксією головного мозку, що виникає через вплив блукаючого нерва на серце. Описані в 1902 році.

**Минакова П.А.** пятна. Представляют собой мелкие, обычно множественные, полосчатые, темно-красные кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца — так называемые субэндокардиальные экхимозы. Встречаются при острой (быстрой) кровопотере, шоке. П.А. Минаков объяснял их образование с развитием отрицательного давления в полости левого желудочка во время

его расширения. Десятов В.П. (1951) связывал их появление с анемической аноксией головного мозга, действующей через блуждающий нерв на сердце. Описаны в 1902 году.

**Мищенко Ж.Д.** методика судово-медичного дослідження лицевого скелета. До дослідження лицевого відділу приступають після закінчення розтину трупа і проводять його в 2 етапи: етап підготовчий і етап дослідження. Для виключення перерозтягування шкіри в процесі розтину і попередження зміни зовнішнього вигляду особи в найбільш податливих (легко рухомих) ділянках шкіра повинна бути заздалегідь ущільнена шляхом фіксації дубильними речовинами. В якості цього засобу може бути використаний розчин етанол-формалінової суміші у співвідношенні: 1 частина 96° етанолу, 1 частина 40 % розчину формаліну, 2 частини води. За 2-3 год до дослідження лицевого скелета в клітковину очної ямки, в підшкірну клітковину орбітальних країв і ділянки перенісся за допомогою шприца і довгої ін'єкційної голки вводиться свіжевиготовлена фіксуєча суміш. До ділянки перенісся і внутрішніх кутів очей розчин вводиться через отвори носа шляхом проколювання голкою хрящових частин крил носа. З боку порожнини рота він може бути введений під шкіру нижньорбітальних країв, а через кон'юнктивальний мішок — в орбітальну клітковину. Для забезпечення дублення шкіри зовнішніх і верхніх очноямкових країв слід скористатися уколами в ділянках шкіри із наростанням волосся, зокрема на шкірі скроневих ділянок і надбрівних дуг. Фіксуєча суміш вводиться до додання шкірі у вказаних ділянках напруженого стану (при подальшому розтині надлишки її виливаються і шкіра набуває звичайного вигляду). Після цього на ділянку орбіт і перенісся щільно укладається ватний тампон, змочений фіксуєчим розчином, на той же проміжок часу. Це забезпечує деяке проникнення фіксуєчої суміші у товщу шкіри і викликає додаткове її ущільнення. Дослідження лицевого скелета з косметичних міркувань і для зручності доступу до кісток особи слід виконувати при використанні воротникоподібного розтину Лешке. У подальшому дослідницький етап пропонованої методики розтину відрізняється від вищезга-

даних тим, що шкірно-м'язовий клапот ділянки обличчя разом з очними яблуками, хрящами носа повністю відсепаровується від лицевого скелета. Реставрація обличчя трупа починається з накладення відсепарованого шкірно-м'язового шару на досліджені ділянки. Завдяки попередній фіксації шкіра легко поєднується з кістками лицевого скелета без істотної зміни зовнішнього вигляду особи. Щоб забезпечити збереження форми особи при переміщеннях трупа або його транспортуванні бажано прикріпити шкіру до кісткових виступів. Найбільш зручним для цієї мети є використання біологічного клею «Ціакрін», який швидко полімеризується і твердіє при склеюванні вологих біологічних тканин. Достатньо застосувати декілька крапель клею, щоб приклеїти шкіру в ділянці перенісся і зовнішніх орбітальних країв і тим самим повністю виключити її переміщення. Для цього клей слід наносити на поверхню кістки безпосередньо перед склеюванням (він швидко твердіє). Отвір рота також слід склеїти, що виключити зміщення губ. Запропонована у 1981 році.

**Мищенко Ж.Д.** методика судебно-медицинского исследования лицевого скелета. К исследованию лицевого отдела приступают по завершении вскрытия трупа и проводят его в 2 этапа: подготовительный и исследовательский. Для исключения перерастяжения кожи в процессе вскрытия и предупреждения изменения внешнего вида лица в наиболее податливых (легко подвижных) участках кожа должна быть предварительно уплотнена путем фиксации дубильными веществами. В качестве такого средства может быть использован раствор этанол-формалиновой смеси в соотношении: 1 часть 96° этанола, 1 часть 40 % раствора формалина, 2 части воды. За 2-3 ч до исследования лицевого скелета в клетчатку глазницы, в подкожную клетчатку орбитальных краев и области переносья при помощи шприца и длинной инъекционной иглы вводится свежеприготовленная фиксирующая смесь. К области переносья и внутренних углов глаз раствор вводится через отверстия носа путем прокалывания иглой хрящевых частей крыльев носа. Со стороны преддверия полости рта он может быть введен под кожу нижнеорбитальных краев, а через конъюнктивальный мешок

— в орбитальную клетчатку. Для обеспечения дублирования кожи наружных и верхних глазничных краев следует воспользоваться уколами в участках кожи с ростом волос, в частности на коже височных областей и надбровных дуг. Фиксирующая смесь вводится до придания коже в указанных участках напряженного состояния (при последующем вскрытии избытки ее изливаются и кожа приобретает обычный вид). После этого на участки орбит и переносье плотно укладывается ватный тампон, обильно смоченный фиксирующим раствором, на тот же промежуток времени. Это обеспечивает некоторое проникновение фиксирующей смеси в толщу кожи и вызывает дополнительное ее уплотнение. Исследование лицевого скелета из косметических соображений и для удобства доступа к костям лица следует выполнять при использовании воротникообразного разреза Лешке. В остальном исследовательский этап предлагаемой методики вскрытия отличается от вышеуказанных методик тем, что кожно-мышечный лоскут лицевой области вместе с глазными яблоками, хрящами носа полностью отсепаровывается от лицевого скелета. Реставрация лица трупа начинается с наложения отсепарованного кожно-мышечного слоя на область лица. Благодаря предварительной фиксации кожа легко совмещается с костями лицевого скелета без существенного изменения внешнего вида лица. Чтобы обеспечить сохранность формы лица при перемещениях трупа или его транспортировке желательно прикрепить кожу к костным выступам. Наиболее удобным для этой цели является использование биологического клея «Циакрин», который быстро полимеризуется и твердеет при склеивании влажных биологических тканей. Достаточно использовать несколько капель клея, чтобы приклеить кожу в области переносья и наружных орбитальных краев и тем самым полностью исключить ее перемещение. Для этого клей следует наносить на поверхность кости непосредственно перед скреплением (он быстро твердеет). Отверстие рта также следует склеить, что исключит расхождение губ. Предложена в 1981 году.

**Михайловського** розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. Від щитоподібного хряща до пахової западини зліва, далі вниз по передній паховій лінії до гребеня клубової кістки і потім уздовж лівої пахової складки.

**Михайловського** разрез мягких тканей передней поверхности тела для доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. От щитовидного хряща до подмышечной впадины слева, далее вниз по передней подмышечной линии до гребня подвздошной кости и затем вдоль левой паховой складки.

**Моліна Ю.А.** класифікація знарядь strangulacii при повішенні. А. Предмети, з яких можна сформувати петлю, володіють певною еластичністю, гнучкістю, або що складаються з окремих гнучких ланок. І. За конструкцією: 1) відкриті — вузол відсутній (натягнутий мотузок, матрацна петля), шия також здавлюється частково; 2) що не зтягуються (замкнуті, нерухомі) — шия також здавлюється частково, але вузол знаходиться в межах шиї або поза нею; 3) що ковзають (петлі-зашморги), що зтягуються, — петля щільно охоплює і здавлює шию. ІІ. По числу ходів (обертів): одиночні, подвійні, множинні. ІІІ. За матеріалом: 1) тверді (ланцюги, троси, дроти); 2) напівм'які (різні вірьовки (мотузки); 3) м'які (краватки, шарфи, рушники та ін.); 4) комбіновані (з різних матеріалів з м'якою підкладкою). ІV. По ширині слідоутворюючої поверхні: 1) тонкі (шириною до 0,3 см); 2) товсті (шириною до 1 см); 3) широкі (що охоплюють значну частину шиї). Б. Предмети, з яких неможливо утворити петлю. І. Предмети домашнього ужитку (щаблина меблів, віконні рами, сходи́нні поручні — здавлюють переважно передню частину шиї. ІІ. Предмети відкритої місцевості (розвилки дерев, штахетних огорож) — здавлюють переважно бічні частини шиї. Запропонована в 1986 році.

**Молина Ю.А.** классификация орудий strangulacii при повешении. А. Предметы, из которых можно сформировать петлю, обладающие определенной эластичностью, гибкостью, или состоящие из отдельных гибких звеньев. І. По

конструкции: 1) открытые — узел отсутствует (натянутая веревка, матрасная петля), шея также сдавливается частично; 2) незатягивающиеся (замкнутые, неподвижные) — шея также сдавливается частично, но узел находится в пределах шеи или вне ее; 3) затягивающиеся скользящие (петли-удавки) — петля плотно охватывает и сдавливает шею. II. По числу ходов (оборотов): одиночные, двойные, множественные. III. По материалу: 1) твердые (цепи, тросы, провода); 2) полумягкие (различные веревки); 3) мягкие (галстуки, шарфы, полотенца и др.); 4) комбинированные (из различных материалов с мягкой подкладкой). IV. По ширине слеодообразующей поверхности: 1) тонкие (шириной до 0,3 см); 2) толстые (шириной до 1 см); 3) широкие (охватывающие значительную часть шеи). Б. Предметы, из которых невозможно образовать петлю. I. Предметы домашнего обихода (перекладины мебели, оконные рамы, лестничные перила) — сдавливают преимущественно переднюю часть шеи. II. Предметы открытой местности (развилки деревьев, штакетных заборов) — сдавливают преимущественно боковые части шеи. Предложена в 1986 году.

**Моро** (Moreu) 1-а ознака. Підвищене скупчення прозорої рідини (100 і більше мл) в черевній порожнині при смерті від утоплення у воді за рахунок посмертної транссудації води з порожнини шлунка у порожнину очеревини. Описаний в 1899 році. 2-а ознака. Переповнювання і різке розтягування сечового міхура.

**Моро** (Moreu) 1-й признак. Повышенное скопление прозрачной жидкости (100 и более мл) в брюшной полости при смерти от утопления в воде за счет посмертного трансудирования воды из полости желудка в полость брюшины. Описан в 1899 году. 2-й признак. Переполнение и резкое растяжение мочевого пузыря.

**Мохова-Шинкаренка** проба. Якісна проба на наявність етилового алкоголю в повітрі, що видихається. Для її проведення використовують індикаторні запаяні трубочки, які заповнені сухим фільтром з дрібнозернистого силікогеля імпрегнованного 3% розчином хромового ангідрида в концентрованій сірчаній

кислоті. Для проведення проби обидва кінці трубочки спилують або відламують, потім один з них беруть в рот і продувають через трубочку повітря. За наявності пари алкоголю в повітрі, що видихається, жовте забарвлення фільтру переходить в зелене. Проба не специфічна. Може бути позитивною при карієсі, при дії пари метанолу, ефіру, ацетону, альдегідів.

**Мохова-Шинкаренко** проба. Качественная проба на наличие этилового алкоголя в выдыхаемом воздухе. Для ее проведения используют индикаторные запаянные трубочки, которые заполнены сухим фильтром из мелкозернистого силикогеля импрегнированного 3% раствором хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте. Для проведения пробы оба конца трубочки спиливают или отламывают, затем один из них берут в рот и продувают через трубочку воздух. При наличии паров алкоголя в выдыхаемом воздухе желтая окраска фильтра переходит в зеленую. Проба не специфична. Может быть положительной при кариесе, при действии паров метанола, эфира, ацетона, альдегидов.

**Муханова А.І.** класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з переважно плоскою поверхнею (плита, широка сторона дошки і ін.); 2) предмети з плоскою обмеженою поверхнею (молоток, обух сокири, вузька сторона дошки, рейка і т. д.), зокрема з прямокутною поверхнею, довгастою, трикутною, круглою, іншою плоскою і рельєфною обмеженою поверхнею; 3) предмети зі сферичною поверхнею; 4) предмети з циліндричною поверхнею; 5) предмети з тригранним кутом; 6) предмети з ребром або двогранним кутом (прямолінійним або дугоподібним ребром і ребром іншої форми). Запропонована в 1969 році.

**Муханова А.И.** классификация тупых твердых предметов: 1) предметы с плоской преобладающей поверхностью (плита, широкая сторона доски и пр.); 2) предметы с плоской ограниченной поверхностью (молоток, обух топора, узкая сторона доски, рейка и т. д.), в том числе с прямоугольной поверхностью, продолговатой, треугольной, круглой, прочей плоской и рельефной ограниченной поверхностью; 3) предметы со сферической поверхностью; 4) предметы с цилиндрической поверхностью; 5) предметы с трехгранным углом; 6) предметы

с ребром или двухгранным углом (прямолинейным или дуговидным ребром и ребром другой формы). Предложена в 1969 году.

**Муханова А.И.** класифікація автомобільної травми. 1. Ушкодження зовнішніми частинами автомобіля (поза автомобілем). 2. Ушкодження внутрішніми частинами автомобіля (в середині автомобіля). Запропонована в 1974 р.

**Муханова А.И.** классификация автомобильной травмы. 1. Повреждения наружными частями автомобиля (вне автомобиля). 2. Повреждения внутренними частями автомобиля (внутри автомобиля). Предложена в 1974 году.

**Муханова А.И.** ознаки наїзду автомобіля із здавленням — характерні ознаки здавлення грудей і (або) живота («екхімотична маска», карміновий набряк легенів), відбитки на шкірі складок або контурів одягу, симетричні переломи ребер, кісток тазу, різноманітні ушкодження внутрішніх органів, присутність слідів ковзання на взутті, одязі і шкірі. Описані в 1974 році.

**Муханова А.И.** признаки наезда автомобиля со сдавлением — характерные признаки сдавления груди и (или) живота («экхимотическая маска», карминовый отек легких), отпечатки на коже складок или контуров одежды, симметричные переломы ребер, костей таза, разнообразные повреждения внутренних органов, присутствие следов скольжения на обуви, одежде и коже. Описаны в 1974 году.

**Муханова А.И.** класифікація пошкоджень внутрішніх органів від дії тупих знарядь і предметів. Забій (контузія) — ушкодження у вигляді крововиливів різної локалізації внаслідок порушення цілісності паренхіми органу при неповношкодженій капсулі. Тріщина — поверхневе, лінійне, звивисте ушкодження капсули паренхіматозного органу і тонкого шару паренхіми. Надрив — більш глибоке, також лінійне ушкодження, яке не досягає середини органу. Розрив — глибоке ушкодження; буває неповним, коли частини органу сполучені капсулою і тонким шаром паренхіми (менше чверті загальної товщини органу), і повним, коли орган розділений цілком або між його частинами залишилися тільки шматочки капсули. Відрив — повне відокремлення внутрішнього органу вна-



слідок розривів зв'язок, що фіксують його, судин і т.д. Розм'якшення — руйнування частини внутрішнього органу з перетворенням його тканини в кашкоподібну масу або в безліч дрібних шматочків. Воно пов'язане з різким здавленням, розміщенням. Всі вказані ушкодження діляться на місцеві і віддалені. Запропонована в 1988 році.

**Муханова А.И.** классификация повреждений внутренних органов от действия тупых орудий и предметов. Ушиб (контузия) — повреждение в виде кровоизлияний разной локализации вследствие нарушения целостности паренхимы органа при неповрежденной капсуле. Трещина — поверхностное, линейное, извилистое повреждение капсулы паренхиматозного органа и тонкого слоя подлежащей паренхимы. Надрыв — более глубокое, также линейное повреждение, которое не достигает середины органа. Разрыв — более глубокое повреждение; бывает неполным, когда части органа соединены капсулой и тонким слоем паренхимы (менее четверти общей толщины органа), и полным, когда орган разделен целиком или между его частями остались только кусочки капсулы. Отрыв — полное отделение внутреннего органа вследствие разрывов фиксирующих его связок, сосудов и т. д. Размятие — разрушение части внутреннего органа с преобразованием его ткани в кашицеобразную массу или во множество мелких кусочков. Оно связано с резким сдавлением, смятием. Все указанные повреждения делятся на местные и отдаленные. Предложена в 1988 году.

**Муханова А.И.** класифікація ушкоджень кісток рубуючими предметами. Надруб — порушення цілісності зовнішньої кісткової пластинки і прилеглого до неї тонкого шару губчастої речовини. Вруб — більш глибоке ушкодження, яке не розповсюджується на всю товщину кістки. Розруб — ушкодження всієї товщини кістки з утворенням довгастого, щілиноподібного перелому, який відображає форму поперечника клинка рубуючого предмету. Відруб — повне відокремлення частини кістки або тіла. Запропонована в 1988 році.

**Муханова А.И.** классификация повреждений костей рубящими предметами. Надруб — нарушение целостности наружной костной пластинки и приле-

гающего к ней тонкого слоя губчатого вещества. Вруб — более глубокое повреждение, которое не захватывает всей толщины кости. Разруб — повреждение всей толщ. кости с образованием продолговатого, щелевидного перелома, который отображает форму поперечника клинка рубящего предмета. Отруб — полное отделение части кости или тела. Предложена в 1988 году.

**Мюллера-Ільїна Г.І.** (Müller) спосіб визначення маси серця та його відділів. Серце звільняють від жирової тканини і розділяють на чотири частини: відокремлюють обидва передсердя з їх перегородкою по передсердно-шлуночковій борозні, потім стінки шлуночків від їх перетинки. Таким чином, відокремлюють обидва передсердя з їх перетинкою, лівий шлуночок, правий шлуночок і міжшлуночкову перетинку. Після цього визначають масу кожної частини серця. Враховуючи, що міжшлуночкова перетинка містить м'язи правого і лівого шлуночків, її рівномірно розділяють між шлуночками, заздалегідь визначивши масу всієї перегородки. Потім масу всієї перегородки (г) слід розділити на масу обох шлуночків (г), щоб визначити, яка частина маси перегородки доводиться на 1 г загальної м'язової маси обох шлуночків. Отриману частину від ділення множать на число грамів кожного шлуночку. Результати і є масою перетинки кожного шлуночку, яку додають до маси відповідного шлуночка. Таким чином, в результаті можна отримати масу передсердя, масу лівого і правого шлуночків. Загальна маса передсердя і шлуночків називається *чистою масою серця (ЧМС)*. Шлуночковий індекс визначається відношенням повної маси правого шлуночка до маси лівого шлуночка. У тих випадках, коли гіпертрофії серця не спостерігається, маса правого шлуночку рівна 70 г, лівого — 150 г, шлуночковий індекс при цьому рівний 0,46. Нормальний шлуночковий індекс складає 0,4 - 0,6. *Серцевий індекс*, або відношення чистої маси серця, до маси тіла виражається відношенням чистої маси серця до маси тіла. Нормальний серцевий індекс складає величину від 0,004 до 0,006. Відсоток лівого шлуночка (ЛЖ) обчислюється за формулою:  $\% = \frac{\text{маса ЛЖ} \times 100}{\text{ЧМС}}$ . Відсоток правого — ана-

логічно. Нормальним вважається відсоток лівого шлуночка 59, правого — 26. Описаний в 1883 році Мюллером, модифікований Ільїним Г.І. в 1956 р.

**Мюллера-Ільїна Г.І.** (Müller) способ определения массы отдельных частей сердца. Сердце освобождают от жировой ткани и разделяют на четыре части: отделяют оба предсердия с их перегородкой по предсердно-желудочковой борозде, затем стенки желудочков от их перегородки. Таким образом, получают оба предсердия с их перегородкой, левый желудочек, правый желудочек и межжелудочковая перегородка. После этого определяют массу каждой части сердца. Учитывая, что межжелудочковая перегородка содержит мышцы и правого, и левого желудочков, ее равномерно разделяют между желудочками, предварительно определив массу всей перегородки. Затем массу всей перегородки (г) следует разделить на массу обоих желудочков (г), чтобы определить, какая часть массы перегородки приходится на 1 г общей мышечной массы обоих желудочков. Полученное частное от деления умножают на число граммов каждого желудочка. Результаты и являются массой перегородки каждого желудочка, которую прибавляют к массе соответствующего желудочка. Таким образом, в результате получают массу предсердий, массы левого и правого желудочков. Общая масса предсердий и желудочков называется *чистой массой сердца (ЧМС)*. *Желудочковый индекс* определяется отношением полной массы правого желудочка к массе левого желудочка. В тех случаях, когда гипертрофии сердца не наблюдается, масса правого желудочка равна 70 г, левого — 150 г, желудочковый индекс при этом равен 0,46. Нормальный желудочковый индекс равен от 0,4 до 0,6. *Сердечный индекс*, или отношение чистой массы сердца к массе тела, выражается частным от деления чистой массы сердца на массу тела. Нормальный сердечный индекс составляет величину от 0,004 до 0,006. Процент левого желудочка (ЛЖ) вычисляется по формуле: 
$$\% = \frac{\text{масса ЛЖ} \times 100}{\text{ЧМС}}$$
. Процент правого — аналогично. Нормальным считается процент левого желудочка 59, правого — 26. Описан в 1883 году Мюллером, модифицирован Ильиным Г.И. в 1956 году.

**Науменка В.Г. – Грехова В.В.** методика дослідження головного мозку. Розтин кісток черепа проводять звичайним циркулярним розпилом з подальшим відкиданням склепіння. Визначають стан твердої оболонки: збереження або розриви її (особливо по ходу кісткових тріщин), відсутність або наявність епідуральної гематоми з описом її вигляду, розмірів в трьох вимірюваннях і локалізації по відношенню до доль мозку. Епідуральна гематома нерідко утворює вдавлення на поверхні мозку, при цьому спостерігається зсув великих півкуль в протилежну сторону з вдавленням гіпокампової звивини на стороні гематоми. Локалізацію, розміри і глибину вдавлення обов'язково указують. Відмивають кров з поверхні оболонки, по можливості відшукують місце розриву судини. Відзначають вираженість, просвічуваність рельєфу мозку, кровонаповнення і ступінь напруги оболонки (напружена оболонка не захоплюється пінцетом в складку). Описують стан синусів і вен, що впадають в них. Досліджують субдуральні гематомы, які найчастіше мають вид пластинчастих кров'яних згортків і розташовуються на випуклій поверхні півкуль; відзначають їх локалізацію, протяжність, товщину і масу. Найбільш небезпечними є субдуральні гематомы в ділянці основи мозку і варолієвого мосту. Не досягаючи великого об'єму, вони можуть швидко приводити до летального результату, викликаючи гострі розлади лікворо- і кровообігу в базальних цистернах мозку. Після зняття твердої оболонки для виявлення свіжих або старих геморагій оглядають міжпівкульну щілину мозку, особливо його поперечну цистерну і ділянку вени Галена. Якщо постраждалому була зроблена трепанація черепа, детально вказують локалізацію, розміри, форму отвору трепанації, ступінь вибухання (пролабування) мозку в кістковий дефект, стан країв пролабуючої ділянки, відсутність або збереження на ньому м'яких оболонок або наявність злужного процесу. Уважно оглядають шкіряно-кістковий клапоть, що закриває дефект трепанації (на ньому можуть бути сліди травми). За відсутності кісткового фрагменту його потрібно запросити у хірурга і досліджувати як речовий доказ, про що зробити відповідний запис. Дослідження кісток склепіння та основи черепа проводять до і після

видалення твердої мозкової оболонки; воно відрізняється деякими особливостями, які вимагають спеціального освітлення. Дослідження мозку після витягання його з порожнини черепа включає (поетапно) зважування і зовнішній огляд, дослідження на розтинах, вилучення частин мозкової тканини для гістологічного дослідження (з позначенням місць, з яких узятий матеріал), мікроскопічне дослідження. Зовнішній огляд у ряді випадків дозволяє виявити значну патологію. Оглядають м'які мозкові оболонки, рельєф поверхні великих півкуль, стовбура і мозочка. Встановлюють колір м'яких оболонок, прозорість, товщину, стан поверхневих вен мозку. Великої уваги заслуговують субарахноїдальні геморагії. При травмі вони часто мають обмежено-локальний характер. Ззовні такі крововиливи покриті павутиною оболонкою. Необхідне докладне протоколювання субарахноїдальних крововиливів з вказівкою їх локалізації, розмірів і поширеності по борознах, в базальні цистерни. При цьому слід прагнути до виявлення джерела таких крововиливів, що іноді буває важко. При підозрі на розрив оболонкової судини або аневризми бажано відмити гематому струменем води, заздалегідь знявши павутинуву оболонку. Детально досліджують піякортікальні крововиливи, що мають вид плям, що складаються з дрібно-крапкових геморагій, які не змиваються водою. Вказують локалізацію, поширеність і розміри цих крововиливів. Обидва види крововиливів, виражених різною мірою, постійно спостерігаються при черепно-мозковій травмі. Оцінка їх локалізації і поширеності може з'явитися, додатковим критерієм при визначенні механізму травми. Дуже важливими є огляд і оцінка стану рельєфу поверхні мозку, де можуть бути виявлені морфологічні ознаки інтрацеребральної гіпертензії. Відзначають ступінь згладження рельєфу борозен і звивин великих півкуль, вибухання гіпокампових звивин з наявністю або відсутністю на поверхні странгуляційної борозни від тиску краєм тенторіального отвору; стан мигдалин мозочків — їх вибухання, наявність на поверхні странгуляційної борозни від вдавнення (защемлення) у великому потиличному отворі. При значній гіпертензії можна спостерігати невелику поперечну странгуляційну борозну на вентра-

льній поверхні бульбарного відділу довгастого мозку, а також вибухання прямої звивини лобних доль з вдавненням їх у дірчасту пластинку решітчастої кістки. При огляді контузійних вогнищ визначають їх локалізацію, розміри і збереження над ними м'яких оболонок (цілість їх в зоні контузійних вогнищ може бути збережена). Потім визначають стан крупних судин основи мозку: вілізієв круг з крупними гілками, що відходять від нього, басейн основної артерії, при цьому необхідно мати на увазі анатомічні варіанти розвитку судин, атеросклерозні зміни і анеризми. Велике значення має методика розтинів мозку. Від неї залежить повнота дослідження і правильність узяття матеріалу для гістологічного дослідження. В даний час набув поширення метод, що складається з серії фронтальних розтинів, які забезпечують огляд всіх відділів мозку. З методів фронтальних розтинів найбільш споживані способи Пітре і Фішера, які зводяться до 6 (Пітре) і 7 (Фішер) розтинам, що проводяться в певних площинах. Подовжня вісь мозку представляє ламану лінію, оскільки ствольний відділ розташований під деяким кутом до великих півкуль. Тому для досягнення строгої поперечності розтинів великих півкуль і ствольного відділу останній відокремлюють перетином на рівні ніжок мозку, тобто середнього мозку. Подальші поперечні розтини півкуль і стовбурового відділу проводять роздільно. Вказаний перший розтин дозволяє досліджувати стан середнього мозку, ділянки сільвієвого водопроводу і ніжок мозку, що при травмі голови має важливе значення, оскільки ствольні геморагії, що швидко приводять до летального наслідку, локалізуються головним чином в середньому мозку. Другий розтин проводять перпендикулярно до подовжньої осі великих півкуль мозку на рівні його лійки; мозок кладуть на стіл основою догори. Цей розтин дозволяє оцінити стан великих півкуль, шлуночків, підкіркових вузлів, провідникових систем, гіпоталамічної ділянки. Третій розтин має бути направленим поперечно вісі стовбурового відділу мозку через середину варолієва моста і мозочок. При цьому розтині можливий огляд варолієвого мосту, його покришки, дна IV шлуночку, його порожнини, півкуль мозочка і їх ядер. Подальші розтини проводять за свідчен-

нями залежно від особливостей випадку, але обов'язково паралельно зробленим раніше. Запропонована в 1964 році.

**Науменко В.Г. – Грехова В.В.** методика исследования головного мозга. Вскрытие костей черепа проводят обычным циркулярным распилом с последующим откидыванием свода. Определяют состояние твердой оболочки: сохранность или разрывы ее (особенно по ходу костных трещин), отсутствие или наличие эпидуральной гематомы с описанием ее вида, размеров в трех измерениях и локализации по отношению к долям мозга. Эпидуральная гематома нередко образует вдавление на поверхности мозга, при этом наблюдается смещение больших полушарий в противоположную сторону с ущемлением гиппокамповой извилины на стороне гематомы. Локализацию, размеры и глубину вдавления обязательно указывают. Отмывают кровь с поверхности оболочки, по возможности отыскивают место разрыва сосуда. Отмечают выраженность, просвечиваемость рельефа мозга, кровенаполнение и степень напряжения оболочки (напряженная оболочка не захватывается пинцетом в складку). Описывают состояние синусов и впадающих в них вен. Исследуют субдуральные гематомы, которые чаще всего имеют вид пластинчатых кровяных свертков и располагаются на выпуклой поверхности полушарий; отмечают их локализацию, протяженность, толщину и вес. Наиболее опасны субдуральные гематомы в области основания мозга и варолиева моста. Не достигая большого объема, они могут быстро приводить к летальному исходу, вызывая острые расстройства ликворо- и кровообращения в базальных цистернах мозга. После снятия твердой оболочки для обнаружения свежих или старых геморрагии осматривают межполушарную щель мозга, особенно его поперечную цистерну и область вены Галена. Если пострадавшему была сделана трепанация черепа, подробно указывают локализацию, размеры, форму трепанационного отверстия, степень выбухания (пролабирования) мозга в костный дефект, состояние краев пролабирующего участка, отсутствие или сохранность на нем мягких оболочек или наличие спаечного процесса. Внимательно осматривают кожно-костный лос-

кут, закрывающий трепанационный дефект (на нем могут быть следы травмы). При отсутствии костного лоскута его нужно истребовать у хирурга и исследовать в качестве вещественного доказательства, о чем сделать соответствующую запись. Исследование костей свода и основания черепа проводят до и после удаления твердой мозговой оболочки; оно отличается некоторыми особенностями, которые требуют специального освещения. Исследование мозга по извлечении его из полости черепа включает (поэтапно) взвешивание и наружный осмотр, исследование на разрезах, изъятие частей мозговой ткани для гистологического исследования (с обозначением мест, из которых взят материал), микроскопическое исследование. Наружный осмотр в ряде случаев позволяет обнаружить значительную патологию. Осматривают мягкие мозговые оболочки, рельеф поверхности больших полушарий, ствола и мозжечка. Устанавливают цвет мягких оболочек, прозрачность, толщину, состояние поверхностных вен мозга. Большого внимания заслуживают субарахноидальные геморрагии. При травме они часто имеют ограниченно-локальный характер. Снаружи такие кровоизлияния покрыты паутинной оболочкой. Необходимо подробное протоколирование субарахноидальных кровоизлияний с указанием их локализации, размеров и распространенности по бороздам, в базальные цистерны. При этом следует стремиться к обнаружению источника таких кровоизлияний, что иногда бывает трудно. При подозрении на разрыв оболочечного сосуда или аневризмы желательно отмыть гематому струей воды, предварительно сняв паутинную оболочку. Подробно исследуют piaкорткальные кровоизлияния, имеющие вид пятен, состоящих из мелкоточечных геморрагии, которые не смываются водой. Указывают локализацию, распространенность и размеры этих кровоизлияний. Оба вида кровоизлияний, выраженных в разной степени, постоянно наблюдаются при черепно-мозговой травме. Оценка их локализации и распространенности может явиться, дополнительным критерием при определении механизма травмы. Очень важен осмотр и оценка состояния рельефа поверхности мозга, где могут быть выявлены морфологические признаки интра-



церебральной гипертензии. Отмечают степень сглаженности рельефа борозд и извилин больших полушарий, выбухание гиппокамповых извилин с наличием или отсутствием на поверхности странгуляционной борозды от давления краем тенториального отверстия; состояние мозжечковых миндалин — их выбухание, наличие на поверхности странгуляционной борозды от ущемления в большом затылочном отверстии. При значительной гипертензии можно наблюдать небольшую поперечную странгуляционную бороздку на вентральной поверхности бульбарного отдела продолговатого мозга, а также выбухание прямых извилин лобных долей с вдавлением их в дырчатую пластинку решетчатой кости. При осмотре контузионных очагов указывают на локализацию, размеры и сохранность над ними мягких оболочек (целость их в зоне контузионных очагов может быть сохранена). Затем определяют состояние крупных сосудов основания мозга: виллизиев круг с отходящими от него крупными ветвями, бассейн основной артерии, при этом необходимо иметь в виду анатомические варианты развития сосудов, атеросклеротические изменения и аневризмы. Большое значение имеет методика разрезов мозга. От нее зависит полнота исследования и правильность взятия материала для гистологического исследования. В настоящее время получил распространение метод, состоящий из серии фронтальных разрезов, которые обеспечивают осмотр всех отделов мозга. Из методов фронтальных разрезов наиболее употребительны способы Питре и Фишера, которые сводятся к 6 (Питре) и 7 (Фишер) разрезам, проводимым в определенных плоскостях. Продольная ось мозга представляет ломаную линию, поскольку стволовой отдел расположен под некоторым углом к большим полушариям. Поэтому для достижения строгой поперечности разрезов больших полушарий и стволового отдела последний отделяют пересечением на уровне ножек мозга, т. е. среднего мозга. Последующие поперечные разрезы полушарий и стволового отдела проводят отдельно. Указанный первый разрез позволяет исследовать состояние среднего мозга, области сильвиева водопровода и ножек мозга, что при травме головы имеет важное значение, поскольку ствольные геморрагии,

быстро приводящие к летальному исходу, локализуются главным образом в среднем мозгу. Второй разрез проводят перпендикулярно к продольной оси больших полушарий мозга на уровне его воронки; мозг кладут на стол основанием вверх. Этот разрез позволяет оценить состояние больших полушарий, желудочков, подкорковых узлов, проводниковых систем, гипоталамической области. Третий разрез должен быть направлен поперечно оси стволового отдела мозга через середину варолиева моста и мозжечок. При этом разрезе возможно обозрение варолиева моста, его покрышки, дна IV желудочка, его полости, полушарий мозжечка и их ядер. Дальнейшие разрезы проводят по показаниям в зависимости от особенностей случая, но обязательно параллельно сделанным ранее. Предложена в 1964 году.

**Нейдинга I.I.** ознака. При макроскопічному огляді шкіри странгуляційної борозни, затиснутої між двома предметними скельцями, на просвіт, спостерігаються крововиливи біля нижнього краю борозни і в ділянці її валу (валів). Описаний в 1868 році.

**Нейдинга И.И.** признак. При макроскопическом осмотре кожи странгуляционной борозды, зажатой между двумя предметными стеклами, на просвет, наблюдаются кровоизлияния у нижнего края борозды и в области ее валика (валиков). Описан в 1868 году.

**Нижегородцева К.А.** ознаки дії холоду. Бурульки навколо отворів носа і рота, у очей, обмерзлі колючки снігу в зовнішніх слухових проходах.

**Нижегородцева К.А.** признаки действия холода. Сосульки у отверстий носа и рта, у глаз, обледенелые колючки снега в наружных слуховых проходах.

**Нікіфорова-Шовіньї** ознака. При першому вогнепальному ушкодженні плоских кісток (черепа) виникає зрізуючий ефект і формується дефект кісткової тканини у вигляді конуса, навколо якого в радіальному напрямку розходяться тріщини. Тріщини від другого ушкодження доходять до тріщин першого і їх не перетинають.

**Никифорова-Шовиньи** признак. При первом огнестрельном повреждении плоских костей возникает срезающий эффект и формируется дефект костной ткани в виде усеченного конуса, вокруг которого в радиальном направлении расходятся трещины. Трещины от второго повреждения доходят до трещин первого и их не пересекают.

**Новікова Ю.А.** методика приготування макропрепаратів кісток. Вилучені кістки механічно очищують від м'яких тканин, кип'ятять у воді з додаванням пергідролу (з розрахунку 150-200 мл 33 % розчину пергідролу на 8-10 л води). Об'єкти доводять до кипіння, рідину зливають, заливають нову порцію води з пергідролом з подальшим кип'яченням. Кип'ячення продовжують 1-5 годин залежно від кількості і розмірів об'єктів. Після цього кістки легко очищаються від м'яких тканин і промиваються протягом нетривалого часу в проточній воді. Отримані препарати висушують при кімнатній температурі. Вони не потребують знежирення і вибілювання. Описана в 1980 році.

**Новікова П.І.** формула для встановлення кількості прийнятого перед смертю алкоголю.  $A = PrC_t + A_{ж}$ , де  $A$  — кількість прийнятого алкоголю (г 100% спирту);  $P$  — вага трупа (кг);  $r$  — чинник редукції (0,7);  $C_t$  — концентрація алкоголю в крові (‰).  $A_{ж} = ab/1000$ , де  $a$  — кількість вмісту шлунка (г);  $b$  — концентрація в ньому алкоголю (‰). Запропонована в 1967 році.

**Новикова П.И.** формула для установления количества принятого перед смертью алкоголя.  $A = PrC_t + A_{ж}$ , где  $A$  — количество принятого алкоголя (г 100% спирта);  $P$  — вес трупа (кг);  $r$  — фактор редукции (0,7);  $C_t$  — концентрация алкоголя в крови (‰).  $A_{ж} = ab/1000$ , где  $a$  — количество содержимого желудка (г);  $b$  — концентрация в нем алкоголя (‰). Предложена в 1967 году.

**Новикова Ю.А.** методика приготовления макропрепаратов костей. Изъятые кости механически очищают от мягких тканей, кипятят в воде с добавлением пергидроля (из расчета 150-200 мл 33 % раствора пергидроля на 8-10 л воды). Объекты доводят до кипения, жидкость сливают, заливают новую порцию воды с пергидролем с последующим кипячением. Кипячение продолжают

1-5 часов в зависимости от количества и размеров объектов. После этого кости легко очищаются от мягких тканей и промываются в течение не продолжительного времени в проточной воде. Полученные препараты высушивают при комнатной температуре. Они не требуют обезжиривания и отбеливания. Описана в 1980 году.

**Огстона Ф.** (Ogston Fr.) ознака. Різкий світло-червоний колір крові і повнокров'я крупних судин (артерій і вен), прилеглих до серця при смерті від переохолодження. Описаний в 1955 році.

**Огстона Ф.** (Ogston Fr.) признак. Резкий светло-красный цвет крови и полнокровие крупных сосудов (артерий и вен), прилегающий к сердцу при смерти от переохлаждения. Описан в 1955 году.

**Олівье-Данжера** ознака. «Екхімотична маска» — одутлість і синюшність шкіри обличчя (від блакитно-багряного до чавунного) з безліччю різних розмірів крововиливів у шкіру, слизові оболонки очей і рота. Спостерігається при странгуляції ший і компресії грудної клітки. Описаний в 1833 році.

**Оливье-Данжера** признак. «Экхимотическая маска» — одутловатость и синюшность кожи лица (от сине-багрового до чугунного) с множеством разных размеров кровоизлияний в кожу, слизистые оболочки глаз и рта. Наблюдается при странгуляции шеи и компрессии грудной клетки. Описан в 1833 году.

**Осьмінкіна В.А.** ознаки — комплекс патоморфологічних змін, що характеризує компенсаторно-приспосувальні реакції в дихальній системі при життєвій дії на організм холодового чинника (застосовується в сукупності з традиційними методами). При смерті від переохолодження: спазм трахеї, бронхів (БІ —  $3,0 \pm 0,52$ ), бронхіол, епітеліальний пласт збережений на базальній мембрані, потовщений (0,05 мм), ядра його витягнуті (0,03 мм), «транспортний блок», «фігури колосів», статистично достовірна емфізема (а:б=1,35; в:2б=1,12), ангіоспазм, розлад кровообігу на мікроциркуляторному рівні, «калориферний ефект» капіляризації бронхіальних судин. Повільний темп вмирання від переохолодження супроводжується максимальним ступенем вираженості вищепи-

саного комплексу змін. У відстрочених випадках смерті від переохолодження комплекс ознак зазнає послідовну 3-х етапну трансформацію. Виявлення в дихальній системі комплексу ознак прижиттєвої дії на організм холодого чинника при смерті від механічної травми в умовах низьких температур повітряного середовища свідчить про її прижиттєве спричинення.

**Осьминкина В.А.** признаки — комплекс патоморфологических изменений, характеризующий компенсаторно-приспособительные реакции в дыхательной системе при прижизненном действии на организм холодого фактора (применяется в совокупности с традиционными методами). При смерти от переохлаждения: спазм трахеи, бронхов (БИ —  $3,0 \pm 0,52$ ), бронхиол, эпителиальный пласт сохранен на базальной мембране, утолщен (0,05 мм), ядра его вытянуты (0,03 мм), «транспортный блок», «фигуры колосьев», статистически достоверная эмфизема ( $a:b=1,35$ ;  $b:2b=1,12$ ), ангиоспазм, расстройство кровообращения на микроциркуляторном уровне, «калориферный эффект» капилляризации бронхиальных сосудов. Медленный темп умирания от переохлаждения сопровождается максимальной степенью выраженности вышеописанного комплекса изменений. В отсроченных случаях смерти от переохлаждения комплекс признаков претерпевает последовательную 3-х этапную трансформацию. Обнаружение в дыхательной системе комплекса признаков прижизненного действия на организм холодого фактора при смерти от механической травмы в условиях низких температур воздушной среды свидетельствует о ее прижизненном причинении.

**Пальтауфа А.** (Paltauf A.) ознака. Крововиливи в груднино-ключично-соскоподібному м'язі і великих грудних м'язах, розташовані з обох сторін, паралельно подовжнім волокнам м'язів. Ці крововиливи виникають в результаті сильної напруги м'язів людини, що тоне, при спробі врятуватися. Аналогічні крововиливи описані Рейтером і Вахгольцем.

**Пальтауфа А.** (Paltauf A.) признак. Кровоизлияния в груднино-ключично-сосцевидной мышце и больших грудных мышцах, расположенные с двух сто-

рон, параллельно продольным волокнам мышц. Эти кровоизлияния возникают в результате сильного напряжения мышц утопающего при попытке спастись. Аналогичного вида кровоизлияния описаны Рейтером и Вахгольцем.

**Панум** в 1856 році відкрив птомаїни. Птомаїни або тваринні алкалоїди - це алкалоїдоподібні речовини, що утворюються як проміжні продукти гниття в результаті діяльності мікробів. Їх налічується декілька десятків (нейрін, путресцин, нейрідін, сапрін, птоматропін, птоматокурарін і т. д.). Сельмі в 1873 році довів їх наявність в гниючому трупі і тим самим надав їм судово-медичне значення в справах з підозрою на отруєння, коли вони можуть бути прийняті за отрути. Від справжніх рослинних алкалоїдів птомаїни відрізняються тим, що містяться в трупі в мінімальних кількостях, дають змішані нестійкі екстракти, не дають всіх хімічних і фізіологічних реакцій, властивих алкалоїдам.

**Панум** в 1856 году открыл птомаины. Птомаинами или животными алкалоидами называются алкалоидоподобные вещества, образующиеся как промежуточные продукты гниения в результате деятельности микробов. Их насчитывается несколько десятков (нейрин, путресцин, нейридин, саприн, птоматропин, птоматокурарин и т. д.). Сельми в 1873 году доказал их наличие в гниющем трупе и тем самым придал им судебно-медицинское значение в делах с подозрением на отравление, когда они могут быть приняты за яды. От настоящих растительных алкалоидов птомаины отличаются тем, что содержатся в трупе в минимальных количествах, дают смешанные нестойкие экстракты, не дают всех химических и физиологических реакций, свойственных алкалоидам.

**Пачині** рідина для відновлення первинного виду еритроцитів у сухій крові (див. Вірхова Р. реактив). 2 частини сулеми, 2 частини NaCl, 113 частин дистильованої води, 13 частин гліцерину.

**Пачини** жидкость для восстановления первоначального вида эритроцитов в засохшей крови (см. Вирхова Р. реактив). 2 части сулемы, 2 части NaCl, 113 частей дистиллированной воды, 13 частей глицерина.

**Пашиняна Г.А.** метод емісійного спектрального аналізу легеневої тканини, для встановлення живо- або мертвонародження. Відомо, що при внутрішньоутробному житті газообмін плоду здійснюється через плаценту, яка входить до складу єдиної біологічної системи мати — плацента — плід. Після народження дитини в процесі газообміну безпосередню участь беруть мікро- і макроеlementи. Коли припиняється плацентарний кровообіг, легені, які до цього знаходилися у нефункціональному стані, розправляються і починається позаутробне легеневе дихання, яке супроводжується падінням тиску в малому колі кровообігу і наповненням кров'ю капілярного русла. Таким чином, зміна кровонаповнення малого круга викликає перебудову серцево-судинної системи новонародженого, і тому вміст ряду неорганічних елементів в легенях живонароджених у порівнянні з мертвонародженими значно збільшується. Для диференціальної діагностики живо- і мертвонародження використовують коефіцієнти відношення фосфору до міді, заліза до міді, кальцію до міді, фосфору до кальцію, заліза до кальцію і фосфору до заліза в легеневій тканині. Цей метод може використовуватися і при гнильних змінах трупа. Запропонований в 1963 році.

**Пашиняна Г.А.** метод эмиссионного спектрального анализа легочной ткани, для установления живо- или мертворожденности. Известно, что при внутриутробной жизни газообмен плода осуществляется через плаценту, которая входит в состав единой биологической системы мать — плацента — плод. В процессе газообмена непосредственное участие принимают многие микро- и макроэлементы, после рождения ребенка. Когда прекращается плацентарное кровообращение, легкие, которые до этого находились в нефункциональном состоянии, расправляются и начинается внеутробное легочное дыхание, которое сопровождается падением давления в малом круге кровообращения и наполнением кровью капиллярного русла. Таким образом, смена кровенаполнения малого круга вызывает распространенную перестройку сердечно-сосудистой системы новорожденного, и поэтому содержание ряда неорганических элементов в легких живорожденных по сравнению с мертворожденными значительно уве-

личивається. Для дифференціальної діагностики живо- і мертвороженості використовують коефіцієнти відношень фосфора к меди, заліза к меди, кальція к меди, фосфора к кальцію, заліза к кальцію і фосфора к залізу в легочній ткани. Цей метод може використовуватися і при гнилоствих зміненнях трупа. Предложено в 1963 році.

**Пашиняна Г.А.-Маршани З.М.** метод електрофорезу білків на папері, для встановлення живо- або мертвонародження. Процентний склад ряду білкових фракцій сироватки крові у живонароджених і мертвонароджених немовлят різний. Досліджують, зазвичай  $\alpha$  і  $\gamma$  глобулінові фракції. Запропонована в 1969 році.

**Пашиняна Г.А.-Маршани З.М.** метод електрофореза белков на бумаге, для установлення живо- или мертвороженности. Процентный состав ряда белковых фракций сыворотки крови у живорожденных и мертворожденных младенцев разный. Исследуют, обычно,  $\alpha$  и  $\gamma$  глобулиновые фракции. Предложена в 1969 году.

**Пирогов М.І.** у 1849 році вперше описав класичну ознаку вхідного вогнепального отвору, яка згодом була названа М.І. Райським «мінус-тканина». М.І. Пирогов писав: «...вхідний отвір характеризується втратою частини шкіри.». Куля, що має достатню (понад 10 кг/м) кінетичну енергію, володіє пробивною дією, спочатку витягує шкіру у вигляді конуса, а потім вибиває частину її і відносить з собою в рановий канал. У 1865 році Пироговим М.І. було запропоноване поняття «обідка осаднення», який утворюється внаслідок механічного здирання епідермісу бічною поверхнею кулі у момент поранення, хоча першим у 1858 році обідок осаднення визначив хірург М.Ф. Кривошапкін.

**Пирогов Н.И.** впервые описал классический признак входного огнестрельного отверстия, который впоследствии был назван М.И. Райским «минус-ткань». Н.И. Пирогов писал: «...входное отверстие характеризуется потерей существа кожи...». Пуля, имеющая достаточную (свыше 10 кг/м) кинетическую энергию, обладает пробивным действием, вначале вытягивая кожу в виде кону-



са, а затем выбивает часть ее и уносит с собой в раневой канал. Описан в 1849 году. Н.И. Пироговым также было дано в 1865 году описание пояса осаднения, который образуется вследствие механического сдирания эпидермиса боковой поверхностью пули в момент ранения, хотя первым в 1858 году поясок осаднения отметил хирург М.Ф. Кривошапкин.

**Попова В.Л.** класифікація авіаційної травми: є діаграмою в 17 секторах якої показані основні варіанти обставин авіаційної травми. У кожному секторі приведений приватний варіант обставин авіаційної події і ті ушкоджувальні чинники, які приводять до виникнення ушкоджень. Запропонована в 1982 р.

**Попова В.Л.** классификация авиационной травмы: представляет собой диаграмму в 17 секторах которой показаны основные варианты обстоятельств авиационной травмы. В каждом секторе приведен частный вариант обстоятельств авиационного происшествия и те повреждающие факторы, которые приводят к возникновению повреждений. Предложена в 1982 году.

**Попова В.Л.** класифікація травмуючої поверхні тупих предметів: А. Обмежена 1) плоска — трикутна, квадратна, прямокутна, багатокутна, овальна, кругла, інша плоска форма; 2) кутова — у вигляді двогранного кута (ребриста), у вигляді тригранного кута (вершини), інші види кутів (вершин) многогранників; 3) крива — сферична, циліндрична, інші види кривих поверхонь; 4) комбінована - поєднана: плоска і крива, плоска і нерівна, крива і нерівна. Б. Не обмежена 1) гладка (рівна), 2) негладка (нерівна, шорстка). Запропонована в 1980 році.

**Попова В.Л.** классификация травмирующей поверхности тупых предметов: А. Ограниченная 1) плоская — треугольная, квадратная, прямоугольная, многоугольная, овальная, круглая, другая плоская форма; 2) угловатая — в виде двугранного угла (ребристая), в виде трехгранного угла (вершины), другие виды углов (вершин) многогранников; 3) кривая — сферическая, цилиндрическая, другие виды кривых поверхностей; 4) комбинированная — сочетания: плоская

и кривая, плоская и угловатая, кривая и угловатая. Б. Неограниченная 1) гладкая (ровная), 2) негладкая (неровная, шероховатая). Предложена в 1980 году.

**Попова Н.В.** класифікація тупих твердих предметів: I. Натуральна зброя людини (пальці, кулак, долоня і т. п.). II. Ручні знаряддя праці 1) предмети з плоскою поверхнею (з поширеною, обмеженою і змішаною дією); 2) предмети із закругленою поверхнею (циліндричною або сферичною); 3) предмети з кутовим краєм, призматичним (двогранним), пірамідальним (багатогранним) і конусоїдним кутом; 4) предмети з нерівною поверхнею. III. Крупніші предмети (частини машин і тварини). Запропонована в 1938 році.

**Попова Н.В.** классификация тупых твердых предметов: I. Натуральное оружие человека (пальцы, кулак, ладонь и т. п.). II. Ручные орудия труда 1) предметы с плоской поверхностью (с распространенным, ограниченным и смешанным действием); 2) предметы с закругленной поверхностью (цилиндрической или сферической); 3) предметы с угловатым краем, призматическим (двугранным), пирамидальным (многогранным) и конусоидным углом; 4) предметы с неровной поверхностью. III. Более крупные предметы (части машин и животные). Предложена в 1938 году.

**Попова Н.В.** проба на метгемоглобін. Для визначення присутності в крові метгемоглобіну його треба перевести в сполучення, що має смуги поглинання ближче до центру, де воно краще видно. В той же час, ці сполучення повинні бути специфічні для метгемоглобіну і не утворюватися з іншими похідними гемоглобіну. Одним з таких з'єднань є фторметгемоглобін. До розчину крові додають якої-небудь фтористої солі ( $\text{NaF}$ ,  $\text{NH}_4\text{F}$  та ін.) у пороші або у розчині. Метгемоглобін переходить у фторметгемоглобін, що має широку смугу в помаранчевій частині спектру. Ця проба цілком специфічна і чутлива.

**Попова Н.В.** проба на метгемоглобин. Для определения присутствия в крови метгемоглобина его надо перевести в соединение имеющее полосы поглощения ближе к центру, где они лучше видны. В то же время эти соединения должны быть специфичны для метгемоглобина и не образовываться с другими

производными гемоглобина. Одним из таких соединений является фторметгемоглобин. К раствору крови прибавляют немного какой-либо фтористой соли (NaF, NH<sub>4</sub>F и др.) в порошке или в растворе. Метгемоглобин переходит во фторметгемоглобин, имеющий широкую полосу в оранжевой части спектра. Эта проба вполне специфична и чувствительна.

**Полевого М.С.** аналітичний метод ідентифікації особи по фотознімках, заснований на аналізі інформації, що характеризує просторову і лінійну структуру особи. Як і при графічному ідентифікаційному алгоритмі, при аналітичному методі використовується система антропометричних крапок особи, які по черзі з'єднуються відрізками прямих; отримувані фігури піддаються порівняльному дослідженню. Запропонований в 1970 році.

**Полевого Н.С.** аналитический метод идентификации личности по фотоснимкам, основанный на анализе информации, характеризующей пространственную и линейную структуру лица. Как и при графическом идентификационном алгоритме, при аналитическом методе используется система антропометрических точек лица, которые поочередно соединяются отрезками прямых; получаемые фигуры подвергаются сравнительному исследованию. Предложен в 1970 году.

**Постникова Б.Н.** метод. При необхідності точного встановлення площі опіків, уражені ділянки наносять на схему, де опіки різного ступеня позначають різним кольором або різними умовними позначеннями. Відсоток площі опіку до загальної поверхні тіла визначають по таблиці:

Площа опіку в см <sup>2</sup>	% загальної поверхні тіла
100	0,62
1000	6,2
5000	31
10000	62
12000	75

Метод запропонований у 1957 році.

**Постникова Б.Н.** метод. При необходимости точного установления площади ожогов, пораженные участки наносят на схему, где ожоги разной степени обозначают разным цветом или разными условными значками. Процент площади ожога к общей поверхности тела определяют по таблице:

Площадь ожога в см <sup>2</sup>	% общей поверхности тела
100	0,62
1000	6,2
5000	31
10000	62
12000	75

Метод предложен в 1957 году.

**Прозоровского В.І.** класифікація автомобільної травми. 1. Удар автомобілем. 2. Наїзд на людину, що впала або лежачого. 3. Переїзд через людину, що впала або лежачого, колесом або колесами. 4. Притиснення автомобілем до будь-якого предмету, стовпа, стіни і т.д. 5. Волочіння. 6. Комбіновані ушкодження — удар, наїзд, переїзд, і т.д. 7. Падіння з легкової автомашини (на виражах). 8. Падіння з кузова вантажного автомобіля. 9. Ушкодження, отримані усередині автомобіля. Запропонована в 1962 році.

**Прозоровского В.И.** классификация автомобильной травмы. 1. Удар автомобилем. 2. Наезд на упавшего или лежачего человека. 3. Переезд через упавшего или лежачего человека колесом или колесами. 4. Прижатие автомобилем к какому-либо предмету, столбу, стене и т. д. 5. Волочение. 6. Комбинированные повреждения — удар, наезд, переезд, и т. д. 7. Падение из легкового автомашини (на виражах). 8. Падение из кузова грузового автомобиля. 9. Повреждения, полученные внутри автомобиля. Предложена в 1962 году.

**Пунарєва** ознака. У всіх випадках смерті від дії низької температури, м'якоть надзвичайно сильно скорочена і зморшкувата. Яєчка втягнуті у пахвинний канал до такого ступеня, що картина нагадує пахвинну грижу. Особливо

часто це буває, коли низ живота прикритий легким одягом. Описаний в 1847 році.

**Пунарева** признак. Во всех случаях смерти от действия низкой температуры, мошонка чрезвычайно сильно сокращена и морщиниста. Яички втянуты в паховый канал до такой степени, что картина напоминает паховую грыжу. Особенно часто это бывает, когда низ живота прикрыт легкой одеждой. Описан в 1847 году.

**Пучкова Г.Ф.** проба на пневмоторакс. Грудну клітку проколюють в V-VI міжребер'ї по передній паховій лінії голкою з канюлею заповненою мильною піною, поява бульбашок свідчить про пневмоторакс.

**Пучкова Г.Ф.** проба на пневмоторакс. Грудную клетку прокалывают в V-VI межреберье по передней подмышечной линии иглой с канюлей заполненной мыльной пеной, появление пузырьков свидетельствует о пневмотораксе.

**Райського М.І.** ознака смерті від переохолодження. Бурульки льоду у отворів рота носа і очей. Описана в 1907 році.

**Райского М.И.** признак смерти от переохладения. Сосульки льда у отверстий рта носа и глаз. Описан в 1907 году.

**Райського М.І.** проба на жирову емболію. Ножицями вирізають як можна тонший шматочок легеневої тканини, розпрямляють його на предметному склі в 1-2 краплях води, притискають покривним або іншим предметним склом і розглядають під мікроскопом при невеликому збільшенні. За наявності жирової емболії в судинах видні різко оконтуровані, блискучі, схожі на ковбаски утворення — жир. Забарвлення цього ж препарату суданом підтверджує розпізнання. Запропонована в 1953 році.

**Райского М.И.** проба на жировую эмболию. Ножницами вырезают как можно тоньший кусочек легочной ткани, расправляют его на предметном стекле в 1-2 каплях воды, прижимают покровным или другим предметным стеклом и рассматривают под микроскопом при небольшом увеличении. При наличии жировой эмболии в сосудах видны резко контурированные, блестящие, похо-

жие на колбаски образования — жир. Окраска этого же препарата суданом подтверждает распознавание. Предложена в 1953 году.

**Райського М.І.** класифікація тупих твердих предметів: 1) предмети з плоскою більше або менше широкою поверхнею; 2) предмети з тупогранною поверхнею і кутами, утворюючими ребра; 3) предмети зі сферичною поверхнею; 4) предмети циліндричної форми невеликого діаметру. Запропонована в 1958 році.

**Райского М.И.** классификация тупых твердых предметов: 1) предметы с плоской более или менее широкой поверхностью; 2) предметы с тупогранной поверхностью и углами, образующими ребра; 3) предметы со сферической поверхностью; 4) предметы цилиндрической формы небольшого диаметра. Предложена в 1958 году.

**Раппопорта** реакція заснована на тому, що алкоголь у присутності сірчаної кислоти переходить в ацетальдегід, який обезбарвлює розчин перманганату калія. Реакція здійснюється таким чином: у дві пробірки наливають по 2 мл дистильованої води, потім в одну з них вводять скляну (бажано зігнуту) трубку, кінець якої занурюють у воду; інша пробірка є контрольною. Обстежуваний прополіскує рот, а потім дує (дихає) в трубку протягом 15-30 сек. Після цього в обидві пробірки додають по 10 крапель концентрованої сірчаної кислоти і по 1-2 краплі 0,5% розчину пермарганата калія. У контрольній пробірці рідина набуває рожевого кольору, а у досліджуваній за наявності в повітрі алкоголю, що видихається, рідина обезбарвлюється протягом 1-2 хвилин.

**Раппопорта** реакция основана на том, что алкоголь в присутствии серной кислоты переходит в ацетальдегид, который обесцвечивает раствор перманганата калия. Реакция осуществляется следующим образом: в две пробирки наливают по 2 мл дистиллированной воды, затем в одну из них вводят стеклянную (желательно изогнутую) трубку, конец которой погружают в воду; другая пробирка является контрольной. Обследуемый прополаскивает рот, а затем дует в трубку в течении 15-30 сек. После этого в обе пробирки добавляют по 10 капель концентрированной серной кислоты и по 1-2 капли 0,5% раствора пер-

манганата калия. В контрольной пробирке жидкость приобретает розовый цвет, а в опытной при наличии в выдыхаемом воздухе алкоголя обесцвечивается в течение 1-2 минут.

**Рассказова-Лукомського-Пальтауфа** плями. Одна з достовірних ознак утоплення. Плями є розпливчатими, з нечіткими контурами, невизначеної форми, дещо підносяться, блідо-червоного кольору, внаслідок розбавлення крові водою, крововиливу під легеневою плеврою розмірами до 1-2 см (іноді більше). При перебуванні трупа у воді більше одного-двох тижнів плями можуть зникати. Ці крововиливи вперше були описані незалежно один від одного І. Рассказовим у 1860 році і українським ученим Ю. Лукомським у 1860 році, а потім А. Пальтауфом в 1880 році.

**Рассказова-Лукомського-Пальтауфа** пятна. Один из достоверных признаков утопления. Пятна представляют собой расплывчатые с нечеткими контурами, неопределенной формы, несколько возвышающиеся, бледно-красного цвета, вследствие разбавления крови водой, кровоизлияния под легочной плеврой величиной до 1-2 см (иногда больше). При пребывании трупа в воде свыше одной-двух недель пятна могут исчезать. Эти кровоизлияния впервые описаны независимо друг от друга И. Рассказовым в 1860 году и украинским ученым Ю. Лукомским в 1860 году, а затем А. Пальтауфом в 1880 году.

**Ратневського А.Н.** метод відновлення первинної форми ран. Рану з оточуючою її шкірою відсікають, причому ширина шкіри навколо рани повинна бути не менше 1-1,5 см. Видаляють підшкірно-жировий шар. Шкіру висушують, після чого знежирюють ефіром (протягом 6-12 годин), знову висушують і занурюють на 2-3 доби в розчин такого складу (модифікація рідини Дітріха): оцтова кислота крижана — 10 мл; спирт етиловий 96° — 20 мл; дистильована вода — до 100 мл. Після цього препарат злегка підсушують і досліджують. Оцтова кислота викликає набухання колагенових волокон. Краї ран розправляються. Унаслідок рівномірного збільшення об'єму всієї шкіри рана приймає ту форму, яку вона мала у момент утворення, тобто до ретракції шкіри і м'язів, роз-

витку набряку і т.д. Спирт перешкоджає надмірному набухання шкіри і сповзанню епідермісу. Після набухання шкіри особливості країв і кінців рани стають виразними. Обробка шкіри у вказаному розчині не перешкоджає проведенню контактно-дифузійного, електрографічного та інших досліджень. Препарат можна зберігати в цьому розчині необмежений час. Для зберігання або пересилки препарат може бути висушений. Після повторної обробки у вказаному вище розчині він знов приймає первинну форму з повним відновленням всіх особливостей. Запропонований в 1967 році.

**Ратневського А.Н.** метод восстановления первоначальной формы ран. Рану с окружающей кожей иссекают, причем ширина кожи вокруг раны должна быть не менее 1-1,5 см. Удаляют подкожножировой слой. Кожу высушивают, после чего обезжиривают эфиром (в течение 6-12 часов), снова высушивают и помещают на 2-3 суток в раствор следующего состава (модификация жидкости Дитриха): уксусная кислота ледяная — 10 мл; спирт этиловый 96° — 20 мл; вода дистиллированная — до 100 мл. После этого препарат слегка подсушивают и исследуют. Уксусная кислота вызывает набухание коллагеновых волокон. Края ран расправляются. Вследствие равномерного увеличения объема всей кожи рана принимает ту форму, какую она имела в момент образования, т. е. до ректракции кожи и мышц, развития отека и т. д. Спирт препятствует чрезмерному набуханию кожи и сползанию эпидермиса. После набухания кожи особенности краев и концов раны становятся весьма отчетливыми. Обработка кожи в указанном растворе не препятствует проведению контактно-диффузионного, электрографического и других исследований. Препарат можно хранить в этом растворе неограниченное время. Для хранения или пересылки препарат может быть высушен. После повторной обработки в указанном выше растворе он вновь принимает первоначальную форму с полным восстановлением всех особенностей. Предложен в 1967 году.

**Ратневського А.Н.** метод порівняльного дослідження анфасних фотографій особи і черепа, виконаних у натуральну величину. Заснований на співстав-



ленні між собою константних точок черепа і особи шляхом орієнтування тих і інших в загальній прямокутній системі координат. Висновок про тотожність порівнюваних об'єктів складається при коливаннях відстаней між однойменними крапками не більше 2-3 мм. Запропонований в 1976 році.

**Ратневского А.Н.** метод сравнительного исследования анфасных фотографий лица и черепа, выполненных в натуральную величину. Основан на сопоставлении между собой константных точек черепа и лица путем ориентирования тех и других в общей прямоугольной системе координат. Вывод о тождестве сравниваемых объектов делается при колебаниях расстояний между одноименными точками не более 2-3 мм. Предложен в 1976 году.

**Ревенсторфа** (Revenstorf) метод визначення зажиттєвості попадання у воду. Заснований на виявленні планктону у внутрішніх органах. Планктон — сукупність найдрібніших організмів рослинного і тваринного походження, що населяють водоймища. Основну масу складає планктон рослинного походження — фітопланктон, особливо діатомеї. При утопленні частинки планктону розміром до 200 мкм разом з водою через легені проникають в кров'яне русло і током крові розносяться по всьому організму, затримуючись в паренхіматозних органах, кістковому мозку трубчастих кісток і т.п. Діатомовий планктон виявляють шляхом руйнування вилучених з трупа органів пергідролем і кислотами, з подальшим центрифугуванням і виготовленням з осаду мікропрепаратів, які вивчають під мікроскопом. Виявлення великої кількості діатомового планктону у внутрішніх органах і кістковому мозку є об'єктивним методом доказу смерті від утоплення, особливо при різкому гнитті трупа. Запропонований у 1904 році.

**Ревенсторфа** (Revenstorf) метод определения прижизненности попадания в воду. Основан на обнаружении планктона во внутренних органах. Планктон — совокупность мельчайших организмов растительного и животного происхождения, населяющих водоемы. Основную массу составляет планктон растительного происхождения — фитопланктон, в особенности диатомеи. При утоплении частицы планктона размером до 200 мкм вместе с водой через легкие

проникают в кровяное русло и током крови разносятся по всему организму, задерживаясь в паренхиматозных органах, костном мозге трубчатых костей и т. п. Диатомовый планктон выявляют путем разрушения изъятых из трупа органов пергидролем и кислотами, с последующим центрифугированием и изготовлением из осадка микропрепаратов, которые изучают под микроскопом. Обнаружение большого количества диатомового планктона во внутренних органах и костном мозге является объективным методом доказательства смерти от утопления, особенно при резком гниении трупа. Предложен в 1904 году.

**Рейнсберга** (Reinsberg) ознака утопления у воді. Виявлення планктону у внутрішніх органах. Описаний в 1901 році.

**Рейнсберга** (Reinsberg) признак утопления в воде. Обнаружение планктона во внутренних органах. Описан в 1901 году.

**Рейтера Ф.** (Reuter F.) ознаки смерті при тепловому і сонячному ударі. Сильна гіперемія оболонок мозку, розширення лівого серця, м'якість серцевого м'яза, іноді точкові крововиливи в ньому.

**Рейтера Ф.** (Reuter F.) признаки смерти при тепловом и солнечном ударе. Сильная гиперемия оболочек мозга, расширение левого сердца, вялость сердечной мышцы, иногда точечные кровоизлияния в ней.

**Рейтера Ф.** ознака повішення в петлі - ушкодження гортані і під'язикової кістки, у вигляді переломів її ріжків. Описаний в 1901 році.

**Рейтера Ф.** признак повешения в петле. Повреждения гортани и подъязычной кости, в виде переломов ее рожков. Описан в 1901 году.

**Рейтера Ф.** ознака повішення в петлі - крововиливи у м'язи грудей. Виникають унаслідок перенапруження м'язів під час їх судомних скорочень при асфіксії. Описаний в 1922 році.

**Рейтера Ф.** признак повешения в петле. Кровоизлияния в мышцы груди. Возникают вследствие перенапряжения мышц во время их судорожных сокращений при асфиксии. Описан в 1922 году.

**Решетникова Є.А.** періоди загоєння ран. I період — мікробного забруд-

нення рани, запальні процеси ще не виражені (до 2-ої доби); II період — некротично-запальних змін в рані (2-5 діб); III період — затихання запальних реакцій і початок регенеративних процесів (5-12 діб); IV період — регенеративних процесів і формування рубця (12-18 діб). Описані в 1984 році.

**Решетникова Е.А.** периоды заживления ран. I период — микробного загрязнения раны, воспалительные процессы еще не выражены (до 2-х суток); II период — некротично-воспалительных изменений в ране (2-5 сутки); III период — затихания воспалительных реакций и начало регенеративных процессов (5-12 сутки); IV период — регенеративных процессов и формирования рубца (12-18 сутки). Описаны в 1984 году.

**Рихтера** проба на повітряну емболію. Серце розкривається під водою. Аорта і легенева артерії заздалегідь перев'язуються. Запропонована в 1905 році.

**Рихтера** проба на воздушную эмболию. Сердце вскрывается под водой. Аорта и легочная артерии предварительно перевязываются. Предложена в 1905 году.

**Рихтера-Хаберди А.** (Richter, Haberda A.) ознака. При смерті від переохолодження в лівій половині серця кров значно світліша, і температура її на 1-2° нижча, ніж в правій.

**Рихтера-Хаберды А.** (Richter, Haberda A.) признак. При смерти от переохлаждения в левой половине сердца кровь значительно светлее, и температура ее на 1-2° ниже, чем в правой.

**Рошера** (Rocher) класифікація пальцевих візерунків. Існують чотири основні типи пальцевого візерунку: а) дуга (позначається через А – arcus); б) променева петля (позначається через R – radius); 3) ліктьова петля (позначається через U – ulna); d) круг (позначається через W – wirbel). Особливо важливе значення для визначення типу візерунку має так звана дельта; під цим словом розуміють крапку, в якій діляться окремі папілярні лінії, або ж місце, де розходяться дві, що до цих пір паралельно йдуть, лінії. Дугові візерунки це ті, в яких папілярні лінії йдуть з одного боку пальця по його внутрішній поверхні до ін-

шого боку, при цьому жодна лінія не повертається назад. Дуговий візерунок не має дельти. Петлеві візерунки. *Променевою петлею* називають такий візерунок, в якому папілярні лінії йдуть з боку великого пальця і після утворення петлі, але без зіткнення один з одним повертаються у бік великого пальця. Променеві петлі на лівій руці обернені своїми отворами управо, на правій руці — вліво. Променева петля має одну дельту. *Ліктьовою петлею* називають візерунки, в яких папілярні лінії ідуть з боку мізинця, і після утворення петлі, не стикаючись один з одним, повертаються у бік мізинця. Своїми отворами ліктьові петлі повернуті на лівій руці вліво і на правій руці — вправо. Ліктьова петля має одну дельту. У кожній ліктьовій петлі проводять рахунок папілярних ліній від центру до дельти. Ці дві крапки сполучають прямою лінією і проводять рахунок папілярів за допомогою лупи. Кругові візерунки — візерунки, в яких папілярні лінії роблять хоч один повний оберт. Вони мають дві дельти. До кругових візерунків Рошер приєднує також *складні* і *випадкові* візерунки. Всі візерунки позначаються наступними числами:

A	R	U з числом папілярних ліній				W			Дефектні та відсутні відбитки
		1-9	10-13	14-16	17+X	i	m	o	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Кругові візерунки діляться на три розряди таким чином. Якщо продовжити нижній рукав лівої дельти вправо до зустрічі з правою дельтою, то лівий рукав буде або вище за праву дельту (позначається через i — innerhalb), або зустрічатися з нею (позначається через m — mittel), або ж нижче за неї (позначається через pro — outside). A - дають близько 5,3% всіх візерунків, R — 5%, U — 60%, W — 30%. Згідно з системою Рошара, кожен палець отримав своє числове позначення. Написані поряд числа пальців правої руки пишуться над межею, утворюючи чисельник, лівої руки — знаменник, оскільки пишуться під межею; суми числових позначень пальців правої і лівої руки у вигляді дробу пишуться

поряд. Перед отриманою, таким чином, формулою ставиться літера «ж» або «ч», що означає стать. Наприклад: «ч»,  $\frac{97896}{67676} \frac{39}{32}$ .

**Рошера** (Rocher) класифікація пальцевих узорів. Суть існують чотири основних типа пальцевого узора: а) дуга (обозначається через *A* – arcus); б) лучевая петля (обозначається через *R* – radius); в) локтевая петля (обозначається через *U* – ulna); г) круг (обозначається через *W* – wirbel). Особенно важное значение для определения типа узора имеет так называемая дельта; под этим словом понимают точку, в которой делятся отдельные папиллярные линии, или же место, где расходятся две, до сих пор параллельно идущие, линии. Дуговые узоры – это те, в которых папиллярные линии идут с одного бока пальца по его внутренней поверхности к другому боку, при этом ни одна линия не возвращается назад. Дуговой узор не имеет дельты. Петлевые узоры. *Лучевой петлей* называют такой узор, в котором папиллярные линии идут со стороны большого пальца и после образования петли, но без соприкосновения друг с другом возвращаются в сторону большого пальца. Лучевые петли на левой руке обращены своими отверстиями вправо, на правой руке — влево. Лучевая петля имеет одну дельту. *Локтевой петлей* называют узоры, в которых папиллярные линии идут со стороны мизинца, и после образования петли, не соприкасаясь друг с другом, возвращаются в сторону мизинца. Своими отверстиями локтевые петли обращены на левой руке влево и на правой руке — вправо. Локтевая петля имеет одну дельту. В каждой локтевой петле производят счет папиллярных линий от центра до дельты. Эти две точки соединяют прямой линией и производят счет папилляров при помощи лупы. Круговые узоры — узоры, в которых папиллярные линии делают хоть один полный оборот. Они имеют две дельты. К круговым узорам Рошер присоединяет также *сложные* и *случайные* узоры. Все узоры обозначаются следующими числами:

<i>A</i>	<i>R</i>	<i>U</i> с числом папиллярных линий				<i>W</i>			Дефектные и недостающие отпечатки
		1-9	10-13	14-16	17+X	i	m	o	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Круговые узоры делятся на три разряда следующим образом. Если продолжить нижний рукав левой дельты вправо до встречи с правой дельтой, то левый рукав будет или выше правой дельты (обозначается через *i* — *innerhalb*), или встречаться с ней (обозначается через *m* — *mittel*), или же ниже ее (обозначается через *o* — *outside*). **A** дают около 5,3% всех узоров, **R** — 5%, **U** — 60%, **W** — 30%. Согласно системе Рошера, каждый палец получил свое числовое обозначение. Написанные рядом числа пальцев правой руки пишутся над чертой, образуя числитель, левой руки — знаменатель, так как пишутся под чертой; суммы числовых обозначений пальцев правой и левой руки в виде дроби пишутся рядом. Перед полученной, таким образом, формулой стоит буква «ж» или «м», означающая пол. Например  $m, \frac{97896}{67676} \frac{39}{32}$ .

**Руднева М.М.** ознака. Тромбоз артерії — ознака прижиттєвого походження ушкоджень. Описаний в 1878 році.

**Руднева М.М.** признак. Тромбоз артерии — показатель прижизненного происхождения повреждений. Описан в 1878 году.

**Русакова А.В.- Шкаравського Ф.І.** ознаки. Набряк печінки, ложа і стінки жовчного міхура при смерті від утоплення. Описані в 1950 році.

**Русакова А.В.- Шкаравского Ф.И.** признаки. Отек печени, ложа и стенки желчного пузыря при смерти от утопления. Описаны в 1950 году.

**Сабінського** ознака. Недокрів'я селезінки при повнокров'ї інших паренхіматозних органів. Одна з асфіктичних ознак. Це явище вперше спостерігав Сабінський З.Ю. в 1865 році в експериментах на тварин. Ознака є неспецифічною для асфіксії і зустрічається не постійно.

**Сабинского** признак. Малокровие селезенки при полнокровии других паренхиматозных органов. Один из асфиксических признаков. Это явление впервые наблюдал Сабинский З.Ю. в 1865 году в экспериментах на животных. Признак является неспецифическим для асфиксии и встречается непостоянно.

**Самойличенко А.Н.** морфофункціональна класифікація дівочої плівки (ДП). Запропонована в 1990 році:

Група ДП	Анатомічний вид	Висота	Товщина	Ступінь еластичності	Ступінь розтяжності	Конфігурація вільного краю	Величина отвору
Що часто зустрічається	Кільцеподібна Півмісяцева	Висока Середня Низька	Товста Тонка	Слабо-еластична Помірно еластична Еластична	Слабка Помірна Значна	Рівний Крупнохвилястий Дрібнохвилястий Зубчатий Бурштинова З виїмками З виступаючими сосочками»	Велика Середня Мала
Що рідко зустрічається	Бурштинова		»	»	»	»	»
	Пелюсткоподібна	»	»	»	»	»	»
	Підковоподібна	»	»	»	»	»	»
	Трубкаподібна	»	»	»	»	»	»
	Губоподібна	»	»	»	»	»	»
	Кильоподібна	»	»	»	»	»	»
	Спіралеподібна	»	»	»	»	»	»
	Валикоподібна	»	»	»	»	»	»
	Манжетно-кисетна	»	»	»	»	—	»
	Решітчаста	—	—	—	—	—	—
	Вікончаста	—	—	—	—	—	—
	Гратчаста	—	—	—	—	—	—
	Неперфорована	—	—	—	—	—	—

**Самойличенко А.Н.** морфофункціональна класифікація девственої плеви (ДП). Предложена в 1990 году:

Группа ДП	Анатомический вид	Высота	Толщина	Степень эластичности	Степень растяжимости	Конфигурация свободного края	Величина отверстия
Часто встречающаяся	Кольцевидная Полулунная	Высокая Средняя Низкая	Толстая Тонкая	Слабоэластичная Умеренно эластичная Эластичная	Слабая Умеренная Значительная	Ровный Крупноволнистый Мелковолнистый Зубчатый Бахромчатый С выемками С выступающими сосочками	Большое Среднее Малое
Редко	Бахромчатая Лепестко-		»	»	»	»	»

встречающаяся	видная		»	»	»	»	»
	Подковообразная	»	»	»	»	»	»
	Трубовидная	»	»	»	»	»	»
	Губовидная	»	»	»	»	»	»
	Килевидная	»	»	»	»	»	»
	Спиралевидная	»	»	»	»	»	»
	Валикообразная	»	»	—	»	»	»
	Манжеточнокишетная	»	—	—	—	—	—
	Перегородчатая	—	—				
	Окончатая	—					
	Решетчатая						
	Непрободенная (неперфорированная)						

**Самсон-Гиммельшти́рна** (Samson-Himmelstirn) ознака. При повільному вмиранні від холоду сечовий міхур переповнений сечею. Це переповнювання пояснюється глибоким гальмуванням ЦНС і порушенням іннервації сечового міхура, внаслідок чого він втрачає здатність до скорочення. Описаний в 1852 р.

**Самсон-Гиммельшти́рна** (Samson-Himmelstirn) признак. При медленном умирании от холода мочевого пузыря переполнен мочой. Это переполнение объясняется глубоким торможением ЦНС и нарушением иннервации мочевого пузыря, вследствие чего он утрачивает способность к сокращению. Описан в 1852 году.

**Сафі́ра** розтин м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. У вигляді букви «Y» від пахвових западин до мечовидного відростка, далі до лобка обходячи пупок зліва.

**Сафи́ра** разрез мягких тканей передней поверхности тела для доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. В виде буквы «Y» от подмышечных впадин до мечевидного отростка, далее до лобка обходя пупок слева.



**Свєшинікова В.А.** ознака. Наявність рідини — середовища втоплення в пазусі клиноподібної кістки. Видаливши гіпофіз споліскують з шприца дистильованою водою спинку турецького сідла, малим долотом прорубують невелике віконце в пазуху основної кістки, через яке голкою шприца (що промивається, як і долото дистильованою водою) витягують розташовану там рідину. При втопленні кількість її досягає 0,6-5 мл, чого не буває при інших видах смерті. Краплю цієї рідини безпосередньо наносять на предметне скло. Під мікроскопом в ній можна виявити планктон, спори рослин, мікроорганізми і навіть із класу простіших, які зустрічаються в 65-80% випадках смерті від утоплення і є показником його прижиттєвості. Описаний в 1958 році.

**Свєшинікова В.А.** признак. Наличие жидкости — среды утопления в пазухе клиновидной кости. Удалив гипофиз споласкивают из шприца дистиллированной водой спинку турецкого седла, малым долотом прорубывают небольшое окошечко в пазуху основной кости, через которое иглой шприца (промываемой, как и долото, дистиллированной водой) извлекают находящуюся там жидкость. При утоплении количество ее достигает 0,6-5 мл, чего не бывает при других видах смерти. Каплю этой жидкости непосредственно наносят на предметное стекло. Под микроскопом в ней можно обнаружить планктон, споры растений, микроорганизмы и даже простейших, которые встречается в 65-80% случаев смерти от утопления и является показателем прижизненности утопления. Описан в 1958 году.

**Свєшинікова В.А.** метод дослідження шийного відділу хребта. Після кругового розпилу черепа, вилучення головного мозку з твердої мозкової оболонки, потилична кістка випилюється так, щоб залишилися непошкодженими I і II шийні хребці і атланта-окципітальне зчленування. Для цього справа і зліва, де-що зовні від лінії потилично-скроневих швів, роблять розпили, що з'єднуються між собою на скатові Блюменбаха. Потім справа і зліва від хребта розпилюють 1 і 2 ребра, на 1-2 см відступивши від їх зчленувань. Після цього хребет із спинним мозком перетинають по хрящу між 2 і 3 грудним хребцем і витягують

верхній відділ хребта. Виділену частину хребта бажано, якщо є можливість, заздалегідь рентгенологічно дослідити в двох загальноприйнятих проекціях. Частину потиличної кістки відокремлюють по зчленуванню тільки після перевірки його цілості. Далі проводять розпил дуг і тіл хребців з одного боку з розрахунком, щоб лінія розпила проходила приблизно через центр тіла хребця. Вибір сторони, з якою доцільно провести розпил, робить сам експерт залежно від локалізації пошкоджень дуг. При такому розпилі легко виявляються ушкодження тіл хребців (подовжні, компресійні, компресійно-уламкові), причому спинний мозок і оболонки залишаються неушкодженими і витягуються цілком. Зв'язковий апарат і міжхребетні диски стають доступними для огляду. Запропонований в 1961 році.

**Свешникова В.А.** метод исследования шейного отдела позвоночника. После кругового распила черепа, извлечения головного мозга из твердой мозговой оболочки, затылочная кость выпиливается так, чтобы остались неповрежденными I и II шейные позвонки и атлanto-окципитальное сочленение. Для этого справа и слева, несколько кнаружи от линии затылочно-височных швов, делают распилы, соединяющиеся между собой на скате Блюменбаха. Затем справа и слева от позвоночника распиливают 1 и 2 ребра, на 1-2 см отступя от их сочленений. После этого позвоночник со спинным мозгом пересекают по хрящу между 2 и 3 грудным позвонком и извлекают верхний отдел позвоночника. Выделенную часть позвоночника желательнее, если есть возможность, предварительно рентгенологически исследовать в двух общепринятых проекциях. Часть затылочной кости отделяют по сочленению только после проверки его целостности. Далее производят распил дуг и тел позвонков с одной стороны с расчетом, чтобы линия распила проходила примерно через центр тела позвонка. Выбор стороны, с которой целесообразно произвести распил, делает сам эксперт в зависимости от локализации повреждений дуг. При таком распиле легко обнаруживаются повреждения тел позвонков (продольные, компрессионные, компрессионно-оскольчатые), причем спинной мозг и оболочки остаются неповрежденными

и извлекаются целиком. Связочный аппарат и межпозвоночные диски становятся доступными для осмотра. Предложен в 1961 году.

**Свєшнікова В.А. – Ключєва А.В.** класифікація авіаційної травми: I. Травма на борту повітряного судна (ПС) в аварійному польоті. 1) при зіткненні ПС з перешкодою (земною поверхнею, водною поверхнею, іншими ПС, наземними спорудами); 2) від дії зовнішніх несприятливих чинників (вибухової декомпресії, тривалих прискорень і незвичайних еволюцій ПС, атмосферної електрики, при пожежі на борту ПС, при зіткненні ПС з птахами, радіозондами і іншими предметами). II. Травма при покиданні ПС у польоті і випадінні з нього (при катапультиванні, стрибках з парашутом, випаданні зі ПС). III. Травма рухомими частинами ВС на землі (працюючими лопастями гвинта, працюючою турбіною, при наїзді колесами, при ударі частинами рухомого ПС). IV. Травма у осіб тих, що знаходилися на землі в зоні авіаційної події. Запропонована в 1983 році.

**Свєшнікова В.А. – Ключєва А.В.** классификация авиационной травмы: I. Травма на борту воздушного судна (ВС) в аварийном полете. 1) при столкновении ВС с препятствием (земной поверхностью, водной поверхностью, другими ВС, наземными сооружениями); 2) от действия внешних неблагоприятных факторов (взрывной декомпрессии, длительных ускорений и необычных эволюций ВС, атмосферного электричества, при пожаре на борту ВС, при столкновении ВС с птицами, радиозондами и другими предметами). II. Травма при покидании ВС в полете и выпадении из него (при катапультировании, прыжках с парашютом, выпадении из ВС). III. Травма движущимися частями ВС на земле (работающими лопастями винта, работающей турбиной, при наезде колесами, при ударе частями движущегося ВС). IV. Травма у лиц находившихся на земле в зоне авиационного происшествия. Предложена в 1983 г.

**Свєшнікова В.А. – Ісєєва Ю.С.** 1-а ознака. Лімфогемія –занесення еритроцитів до грудної лімфатичної протоки. Ларингоспазм приводить до венозного застою в системі порожнистих вен і венозної гіпертензії, внаслідок чого відбувається ретроградне занесення крові в грудну лімфатичну протоку. Спостеріга-

ється при асфіксичному (спастичному) типі утоплення. Кількісну оцінку лімфогемії проводять за допомогою рахункової камери при мікроскопії грудної лімфатичної протоки. 2-а ознака. Повітряна емболія лівого шлуночка. При розвитку гіпераерії легенів відмічається потоншення і розрив міжальвеолярних перегородок з подальшим проникненням повітря в легеневі вени і ліву половину серця. Спостерігається при асфіксичному типі утоплення. Ознаки описані в 1986 р.

**Свешникова В.А. – Исаева Ю.С.** 1-й признак. Лимфогемия – заброс эритроцитов в грудной лимфатический проток. Ларингоспазм приводит к венозному застою в системе полых вен и венозной гипертензии, в результате чего происходит ретроградный заброс крови в грудной лимфатический проток. Наблюдается при асфиксическом (спастическом) типе утопления. Количественную оценку лимфогемии производят с помощью счетной камеры при микроскопии грудного лимфатического протока. 2-й признак. Воздушная эмболия левого желудочка. При развитии гиперэрии легких отмечается истончение и разрыв межальвеолярных перегородок с последующим проникновением воздуха в легочные вены и левую половину сердца. Наблюдается при асфиксическом типе утопления. Признаки описаны в 1986 году.

**Свіонтецького** ознака. Х-подібна форма рани при пострілі в притул. Описана в 1915 році.

**Свионтецкого** признак. Х-образная форма раны при выстреле в упор. Описан в 1915 году.

**Сидорова** проба на карбоксигемоглобін. До 2мл 10% розчину крові на дистильованій воді додають 3-5 мл 20% розчину жовтої кров'яної солі і 3-5 мл 0,01% розчину біхромата калія. Після струшування при присутності карбоксигемоглобіна з'являється карміново-червоне забарвлення, при його відсутності — коричнево-зелене.

**Сидорова** проба на карбоксигемоглобин. К 2мл 10% раствора крови на дистиллированной воде добавляют 3-5 мл 20% раствора желтой кровяной соли и 3-5 мл 0,01% раствора бихромата калия. После встряхивания при присутствии

карбоксигемоглобіна появляється карминово-красная окраска, при его отсутствии — коричнево-зеленая.

**Сімона А.** ознака. Крововиливи в міжхребцеві диски при повіщенні. Механізм утворення крововиливів пов'язаний з різким розтягуванням дисків при вільному висінні тіла у поєднанні з багатократними латеральними вигинами хребта при судомач, а також приливом крові до нижньої частини тіла з підвищенням тиску в судинах. Крововиливи мають вид серпоподібних темно-червоних чітких вогнищ, виявляються найчастіше в поперековому і нижньогрудному відділах хребта, дуже рідко в шийному. Описаний в 1974 році.

**Симона А.** признак. Кровоизлияния в межпозвонковые диски при повышении. Механизм образования кровоизлияний связан с резким растяжением дисков при свободном висении тела в сочетании с многократными латеральными изгибами позвоночника при судорогах, а также приливом крови к нижней части тела с повышением давления в сосудах. Кровоизлияния имеют вид серповидных темно-красных четких очагов, обнаруживаются наиболее часто в поясничном и нижнегрудном отделах позвоночника, крайне редко в шейном. Описан в 1974 году.

**Скопіна І.В.** класифікація ушкоджень кісток рубаючими предметами (знаряддями): 1) щілиноподібне ушкодження (з ознаками або без ознак розтину кістки); 2) уламкові ушкодження (з ознаками або без ознак розтину кістки); 3) насічки. Запропонована в 1960 році.

**Скопина И.В.** классификация повреждений костей рубящими предметами: 1) щелевидные повреждения (с признаками или без признаков рассечения кости); 2) оскольчатые повреждения (с признаками или без признаков рассечения кости); 3) насечки. Предложена в 1960 году.

**Слєпишкова І.В.** класифікація тупих твердих предметів: 1) тупогранні; 2) плоскі; 3) циліндрові; 4) предмети з невизначеною поверхнею. Запропонована в 1937 році.

**Слепышкова И.В.** класифікація тупих твердих предметів: 1) тупогранні; 2) плоскі; 3) циліндричні; 4) предмети з неопределенной поверхністю. Предложена в 1937 году.

**Смислова-Семеновського** ознака. Наявність еритроцитів в регіональних лімфатичних вузлах. Спостерігається при прижиттєвих крововиливах у товщу шкіри і крововиливах у порожнині грудей і живота.

**Смылова-Семеновского** признак. Наличие эритроцитов в региональных лимфатических узлах. Наблюдается при прижизненных кровоизлияниях в толщу кожи и кровоизлияниях в полости груди и живота.

**Солохіна А.А.-Кузьміна А.І.** класифікація травмуючої поверхні тупих твердих предметів: I. Необмежена (переважаюча, велика): 1) рівна; 2) крива; 3) поєднання рівної і кривої. II. Обмежена (мала): 1) рівна; 2) крива; 3) рівна або крива торцевої частини порожнистих предметів із замкнутим контуром; 4) рівна або крива торцевої частини порожнистих предметів з незамкнутим контуром; 5) рівна або крива з ребрами і гранями. Запропонована в 1983 році.

**Солохина А.А.-Кузьмина А.И.** классификация травмирующей поверхности тупых твердых предметов: I. Неограниченная (преобладающая, большая): 1) ровная; 2) кривая; 3) сочетание ровной и кривой. II. Ограниченная (малая): 1) ровная; 2) кривая; 3) ровная или кривая торцевой части полых предметов с замкнутым контуром; 4) ровная или кривая торцевой части полых предметов с незамкнутым контуром; 5) ровная или кривая с ребрами и гранями. Предложена в 1983 году.

**Станиславського Л.В.** ознака. Розриви шкіри від перерастягіння при переїзді колесами автомобіля через тіло.

**Станиславского Л.В.** признак. Разрывы кожи от перерастяжения при переезде колесами автомобиля через тело.

**Старковой Н.Т.** класифікація гірсутизму (різко виражена волосистість у жінок, що супроводжується появою бороди, вусів, а також зростанням волосся на тулубі і кінцівках при збереженні вторинних жіночих статевих ознак): 1)

конституційний; 2) що виникає при введенні чоловічих статевих гормонів (лікування раку молочної залози); 3) при поразках ЦНС (пухлини мозку, розсіяний склероз, енцефаліт); 4) при нейроендокринних захворюваннях; 5) при шкіряних захворюваннях або місцевих діях на шкіру. Запропонована в 1964 році.

**Старковой Н.Т.** классификация гирсутизма (резко выраженная волосатость у женщин, сопровождающаяся появлением бороды, усов, а также ростом волос на туловище и конечностях при сохранении вторичных женских половых признаков): 1) конституциональный; 2) возникающий при введении мужских половых гормонов (лечение рака молочной железы); 3) при поражениях ЦНС (опухоли мозга, рассеянный склероз, энцефалит); 4) при нейроэндокринных заболеваниях; 5) при кожных заболеваниях или местных воздействиях на кожу. Предложена в 1964 году.

**Струкова А.И.** класифікація сепсису: 1) септицемія; 2) септикопіємія (сепсис з метастазами); 3) хроніосепсис; 4) затяжний септичний ендокардит. Сепсис має значення в генезі смерті при ушкодженнях, кримінальному аборті, опіках і т.і. На розтині спостерігається: при септицемії — швидко наступаючий гемоліз з імбібіцією судин, жовтяниця, явища гострого геморагічного діатезу з крововиливами в слизових і серозних оболонках, невелике (приблизно у два рази) збільшення селезінки (септична гіперплазія селезінки), значна в'ялість її, гіперплазія ретикулярних клітин лімфатичних вузлів (збільшення їх), осередкова пневмонія, лейкоцитарна інфільтрація в міокарді, печінці, нирках, дистрофічні зміни внутрішніх органів; при септикопіємії — ті ж зміни, виражені в значно більшому ступені, але є ще і метастатичні гнійні фокуси, що з'являються в першу чергу в легенях, а потім — в різних тканинах і органах. Запропонована в 1976 році.

**Струкова А.И.** классификация сепсиса: 1) септицемия; 2) септикопиемия (сепсис с метастазами); 3) хронiosepsis; 4) затяжной септический эндокардит. Сепсис имеет значение в генезе смерти при повреждениях, криминальном аборте, ожогах и т. п. На вскрытии наблюдается: при септицемии — быстро насту-

пающий гемолиз с имбибицией сосудов, желтуха, явления острого геморрагического диатеза с кровоизлияниями в слизистых и серозных оболочках, небольшое (примерно в два раза) увеличение селезенки (септическая гиперплазия селезенки), значительная дряблость ее, гиперплазия ретикулярных клеток лимфатических узлов (увеличение их), очаговая пневмония, лейкоцитарная инфильтрация в миокарде, печени, почках, дистрофические изменения внутренних органов; при септикопиемии — те же изменения, выраженные в значительно большей степени, но имеются еще и метастатические гнойные фокусы, появляющиеся в первую очередь в легких, а затем — в различных тканях и органах. Предложена в 1976 году.

**Сунцова П.С.** проба на повітряну емболію. До розтину порожнини черепа серединний основний розтин починається на рівні рукоятки груднини, далі роблячи розтини ребрових хрящів, не порушують цілості хрящів перших двох ребер і грудино-ключичного зчленовування (щоб не пошкодити крупні судини), обережно відокремивши грудину від діафрагми і середостіння, підводять її нижній кінець і перепилують грудину на рівні других міжреберних проміжків. Потім розтинають навколосерцеву сорочку ножицями, підводять краї розтину пінцетами, наливають в порожнину навколосерцевої сорочки воду (до занурення серця) і під водою скальпелем проколюють передню стінку правого шлуночка серця (при підозрі на повітряну емболію лівого серця доцільніше прокол лівого шлуночку робити першим). Якщо виділення бульбашок повітря не відбувається, слід натиснути рукою на місце відходження легеневої артерії. Для контролю також під водою проводиться прокол і лівого шлуночка. Ця проба застосовна тільки на «свіжому» трупі. Запропонований в 1863 році.

**Сунцова П.С.** проба на воздушную эмболию. До вскрытия полости черепа срединный основной разрез начинают на уровне рукоятки грудины, далее делая разрезы реберных хрящей, не нарушают целости хрящей первых двух ребер и грудино-ключичного сочленения (чтобы не повредит крупные сосуды), осторожно отделив грудину от диафрагмы и средостения, приподнимают ее нижний



конец и перепиливают грудину на уровне вторых межреберных промежутков. Затем разрезают околосердечную сорочку ножницами, приподнимают края разреза пинцетами, наливают в полость околосердечной сорочки воду (до погружения сердца) и под водой скальпелем прокалывают переднюю стенку правого желудочка сердца (при подозрении на воздушную эмболию левого сердца целесообразнее прокол левого желудочка делать первым). Если выделение пузырьков воздуха не происходит, следует нажать рукой на место отхождения легочной артерии. Для контроля также под водой производится прокол и левого желудочка. Эта проба применима только на «свежем» трупe. Предложена в 1863 году.

**Такаяма** реакція. Мікрокристалічна реакція, що використовується для визначення наявності крові в плямі. На предметне скло поміщають зішкріб з плями, схожої на кров'яну, або ниточку з плями, додають декілька крапель реактиву Такаяма і покривають покривним склом. За наявності крові під впливом реактиву через 1-2 хв. утворюються червоно-вишневі кристали гемохромогена у вигляді голок, ромбів, зірок, пучків, снопів і інших фігур, що виявляються під мікроскопом. Реактив складається з 10% розчину NaOH, піридину і насиченого водного розчину глюкози. Його готують таким чином: у пробірку наливають 4 мл дистильованої води і розчиняють в ній 7 г глюкози при підігріванні. Потім беруть по 3 мл 10% розчину NaOH, піридину, приготованого розчину глюкози і змішують їх. До цієї суміші додають 7 мл дистильованої води. Реактив стає придатним для роботи через добу. На світлі він розкладається. Після закінчення 3-4 тижнів втрачає свої якості. Реактив запропонований японським ученим Такаяма в 1922 році.

**Такаяма** реакция. Микрокристаллическая реакция, применяемая для определения наличия крови в пятне. На предметное стекло помещают соскоб из пятна, похожего на кровяное, или ниточку из пятна, добавляют несколько капель реактива Такаяма и покрывают покровным стеклом. При наличии крови под воздействием реактива через 1-2 мин. образуются красно-вишневые кри-

сталлы гемохромогена в виде игл, ромбов, звезд, пучков, снопов и других фигур, обнаруживаемые под микроскопом. Реактив состоит из 10% раствора NaOH, пиридина и насыщенного водного раствора глюкозы. Его готовят следующим образом: в пробирку наливают 4 мл дистиллированной воды и растворяют в ней 7 г глюкозы при подогревании. Затем берут по 3 мл 10% раствора NaOH, пиридина, приготовленного раствора глюкозы и смешивают их. К этой смеси добавляют 7 мл дистиллированной воды. Реактив становится пригодным для работы через сутки. На свету он разлагается. По истечении 3-4 недель теряет свои качества. Реактив предложен японским ученым Такаяма в 1922 году.

**Тардьє А.** плями. Одна із загальноасфіксичних ознак смерті. Є множинні, рідше поодинокі, дрібні крапкові, величиною з головку шпильки, темно-червоні плямочки (крововиливи) під легеневою плеврою (частіше на задній діафрагмальній або міжчасткових поверхнях легенів) або в епікарді на задній поверхні серця. Вони утворюються при порушенні проникності стінок судин, підвищенні капілярного тиску і негативного тиску в порожнинах плеври у стадії інспіраторної задишки. Описаний в 1855 році.

**Тардьє А.** пятна. Один из общеасфиксических признаков смерти. Представляют собой множественные, реже единичные, мелкие точечные, величиной с булавочную головку, темно-красные пятнышки (кровоизлияния) под легочной плеврой (чаще на задней диафрагмальной или междолевых поверхностях легких) или в эпикарде на задней поверхности сердца. Они образуются при нарушении проницаемости стенок сосудов, повышении капиллярного давления и отрицательного давления в полостях плевры в стадии инспираторной одышки. Описан в 1855 году.

**Теорія гідравлічної (гідростатичної) дії кулі** заснована на роботах німецьких учених кінця XIX ст. Регера, Брунса і ін. (тому її називають ще німецькою теорією). Відповідно до цієї теорії, при формуванні вогнепального ушкодження мають значення швидкість снаряда, що визначає темп підвищення тиску в рідині, а також його калібр, тобто ударна величина, що діє на рідину пове-

рхні тіла. Теорія гідравлічної дії кулі базується на гідростатичному законі Паскаля, по якому тиск, який формується в рідині, що знаходиться в герметично закритій судині, передається на всі сторони з однаковою силою. Ця теорія здатна пояснити тільки механізм вогнепальних ушкоджень порожнистих органів, наповнених рідиною або напіврідким вмістом.

***Теория гидравлического (гидростатического) действия пули*** основана на работах немецких ученых конца XIX ст. Регера, Брунса и др. (поэтому ее называют еще немецкой теорией). В соответствии с этой теорией, при формировании огнестрельного повреждения имеют значение скорость снаряда, определяющая темп повышения давления в жидкости, а также его калибр, то есть ударная величина, действующая на жидкость поверхности тела. Теория гидравлического действия пули базируется на гидростатическом законе Паскаля, по которому давление, которое формируется в жидкости, находящейся в герметично закрытом сосуде, передается во все стороны с одинаковой силой. Эта теория способна объяснить только механизм огнестрельных повреждений полых органов, наполненных жидкостью или полужидким содержимым.

***Теорія гідродинамічної дії кулі*** полягає в тому, що ушкодження тіла формуються за рахунок того, що снаряд (куля або шрот), проникаючи в рідке або напіврідке середовище, передає їй свою велику швидкість. Проте, в цьому середовищі енергія кулі не розповсюджується рівномірно на всі сторони, а направлена, переважно, у бік її польоту. Отже, визначальним чинником у взаємодії кулі з рідким середовищем, є рідина з властивою їй фізичними якостями, зокрема передача енергії снаряда рідкому або напіврідкому середовищу. Недоліком цієї теорії є те, що ушкоджувальна дія зв'язується, головним чином, із станом тканин, а точніше із ступенем їх насиченості рідиною, а не з особливостями дії самої кулі або шроту.

***Теория гидродинамического действия пули*** состоит в том, что повреждение тела формируются за счет того, что снаряд (пуля или дробь), проникая в жидкую или полужидкую среду, передает ей свою большую скорость. Тем не менее, в этой среде энергия пули не распространяется равномерно во все стороны, а направлена,

преимущественно, в сторону ее полета. Итак, определяющим фактором во взаимодействии пули с жидкой средой, есть жидкость с присущей ей физическими качествами, в частности передача энергии снаряда жидкой или полужидкой среде. Недостатком этой теории есть то, что повреждающее действие связывается, главным образом, с состоянием тканей, а точнее со степенью их насыщенности жидкостью, а не с особенностями действия самой пули или дроби.

*Теорія ударної дії кулі* запропонована російськими ученими П.І. Морозовим (1889), Є.В. Павловим (1892), В.А. Тіле (1894) і .П. Ільїним (1894), у зв'язку з чим має ще назву російської теорії. По цій теорії руйнуюча дія кулі на будь-якій відстані, відносно до всіх тканин тіла, визначається величезною кінетичною енергією і ступенем твердості кулі, а також опором тканини тіла, що уражається. Правильність цієї теорії доводять, зокрема, експерименти І.П. Ільїна: виконуючи постріли в голову трупа через два трепанаційні отвори в черепі, він спостерігав у 8 разів менші руйнування, чим при пострілі в цілий череп. Відповідно до цієї теорії, чим швидше зменшується швидкість польоту кулі і чим швидше передається енергія кулі у момент поранення, тим значніше ушкодження тканин, тобто найважливішим чинником травмуючої дії кулі є величина енергії, передана тканинам.

*Теория ударного действия пули* предложена русскими учеными П.И. Морозовым (1889), Е.В. Павловым (1892), В.А. Тиле (1894) и И.П. Ильиным (1894), в связи с чем имеет еще название русской теории. По этой теории разрушающее действие пули на любом расстоянии, относительно ко всем тканям тела, определяется огромной кинетической энергией и степенью твердости пули, а также сопротивлением тканей поражаемого тела. Правильность этой теории доказывают, в частности, эксперименты И.П. Ильина: делая выстрелы в голову трупа через два трепанационных отверстия в черепе, он наблюдал в 8 раз меньшие разрушения, чем при выстреле в целый череп. В соответствии с этой теорией, чем быстрее уменьшается скорость полета пули и чем быстрее передается энергия пули в момент ранения, тем значительнее повреждение тканей, то есть важнейшим фактором травмирующего действия пули есть величина энергии, переданная тканям.

**Ульріха К.** (Ulrich K.) ознака. Обширный крововилив в порожнину середнього вуха, в кістковий слуховий прохід і в кортикальний кістковий мозок піраміди скроневої кістки. Спостерігається при смерті від утоплення у воді. Описаний Ульріхом в 1932 році в монографії «Вуха і смерть від втоплення».

**Ульріха К.** (Ulrich K.) признак. Обширное кровоизлияние в полость среднего уха, в костный слуховой проход и в кортикальный костный мозг пирамиды височной кости. Наблюдается при смерти от утопления в воде. Описан Ульрихом в 1932 году в монографии «Ухо и смерть от утопления».

**Устінова А.І. – Портнова М.Э. – Кацваладце Ю.А.** класифікація холодної зброї (знаряддя) з коротким клинком. І. Зброя. 1) Бойова: а) національна (ножі, кинджали); б) табельна (ножі, кинджали, стилети, багнети). 2) Мисливська (ножі, кинджали, стилети, багнети). 3) Спортивна, туристська і дорожня. II. Знаряддя — інструмент для побутових і технічних цілей. 1) Для обробки продуктів. 2) Для медичного призначення. 3) Прилади для їжі. 4) Для технічних робіт. 5) Іншого різного призначення. Запропонована в 1994 році.

**Устинова А.И. – Портнова М.Э. – Кацваладце Ю.А.** классификация холодного оружия (орудия) с коротким клинком. I. Оружие. 1) Боевое: а) национальное (ножи, кинжалы); б) табельное (ножи, кинжалы, стилеты, штыки). 2) Охотничье (ножи, кинжалы, стилеты, штыки). 3) Спортивное, туристское и дорожное. II. Орудие — инструмент для бытовых и технических целей. 1) Для обработки продуктов. 2) Для медицинского назначения. 3) Приборы столовые. 4) Для технических работ. 5) Другого различного назначения. Предложена в 1994 году.

**Фабрикантова Л.А.** ознака. Поліморфні, дрібні (крапкові), яскраво-червоні крововиливи в слизовій оболонці мисок нирок, такі, що спостерігаються при смерті від переохолодження. Вони розташовані переважно в ділянці чашок, число їх 4-12, зазвичай зустрічаються в одній нирці. Ознака неспецифічна, вона спостерігається при отруєнні СО, при гострих циркуляторних розладах,

при механічній асфіксії і в інших випадках. Проте, при цих видах смерті (окрім отруєння СО) крововиливи більші і темно-червоні. Описаний в 1955 році.

**Фабрикантова Л.А.** признак. Полиморфные, мелкие (точечные), ярко-красные кровоизлияния в слизистой оболочке лоханок почек, наблюдающиеся при смерти от переохладения. Они расположены преимущественно в области чашечек, число их 4-12, обычно встречаются в одной почке. Признак неспецифичен, он наблюдается при отравлении СО, при острых циркуляторных расстройствах, при механической асфиксии и в других случаях. Однако, при этих видах смерти (кроме отравления СО) кровоизлияния более крупные и темно-красные. Описан в 1955 году.

**Фагерланда (Fagerlund)** ознака. Наявність в шлунку і верхньому відділі тонкої кишки рідини — середовища водойми з домішкою мула, піску, водоростей. При асфіксичному типі втоплення рідини багато, при аспіраційному типі втоплення — рідини мало.

**Фагерланда (Fagerlund)** признак. Наличие в желудке и верхнем отделе тонкой кишки жидкости — среды водоема с примесью ила, песка, водорослей. При асфиксическом типе утопления жидкости много, при аспирационном типе утопления жидкости мало.

**Фагерланда** проба для виявлення функціонального стану клапанів: після вилучення нерозкритого серця у порожнину лівого шлуночка через аорту або в порожнину правого шлуночка через легеневу артерію вводять 100-120 мл води. При заповненні порожнини стулки клапанів спливають і змикаються. Після розтину відповідного передсердя встановлюють повне або неповне зімкнення клапанів і ступінь їх недостатності.

**Фагерланда** проба для виявлення функціонального состояния клапанов: после изъятия не вскрытого сердца в полость левого желудочка через аорту или в полость правого через легочную артерию вводят 100-120 мл воды. При заполнении полости паруса клапанов всплывают и смыкаются. После вскрытия соот-

ветствующего предсердия устанавливают полное или неполное смыкание клапанов и степень их недостаточности.

**Фаскаса-Коса** (Fazekas I.Gy, Kosa F.) схема для визначення довжини і віку плоду за розмірами кісток скелета. Для I ребра: якщо узяти подвоєну довжину хорди в міліметрах (відстань по прямій від суглобової поверхні горбка ребра до ямки грудинного кінця) і додати до неї 3, отримаємо довжину тіла плоду в сантиметрах. Для III ребра: довжина хорди, виражена в міліметрах, рівна величині довжини тіла в сантиметрах. Для X ребра: додавши 3 до величини довжини хорди в міліметрах, отримаємо довжину тіла в сантиметрах. Верхньощелепна кістка (вимірюється від скроневого відростка до processus marginalis) і верхня щелепа (вимірюється від spina nasalis anterior до перетину подовжнього і поперечного піднебінного швів) — їх довжина складає 1/20, а нижня щелепа (вимірюється від горбка підборіддя до суглобової головки) — 1/10 довжин тіла плоду. Якщо виразити розміри кісток кінцівок в сантиметрах, а потім помножити і скласти з відповідними коефіцієнтами, то довжина тіла в сантиметрах складе: довжина плечової кістки  $\times 7,524 + 2,4717$ ; ширина дистального кінця діафіза плечової кістки  $\times 28,304 + 3,9504$ ; довжина ліктьової кістки  $\times 8,196 + 2,3779$ ; довжина стегна  $\times 6,444 + 4,5082$ ; ширина дистального кінця стегна  $\times 22,629 + 7,5659$ ; довжина великогомілкової кістки  $\times 7,236 + 4,9031$ ; довжина малогомілкової кістки  $\times 7,592 + 4,6841$ . Довжина променевої кістки складає 0,1 довжин тіла плоду на всіх стадіях внутрішньоутробного життя. Цей розрахунок приблизний: для першої половини вагітності він дещо завищений, для другої - дещо занижений. Запропонована в 1966 році.

**Фаскаса-Коса** (Fazekas I.Gy, Kosa F.) схема для определения длины и возраста плода по размерам костей скелета. Для I ребра: если взять удвоенную длину хорды в миллиметрах (расстояние по прямой от суставной поверхности бугорка ребра до ямки грудинного конца) и добавит к ней 3, получим длину тела плода в сантиметрах. Для III ребра: длина хорды, выраженная в миллиметрах, равна величине длины тела в сантиметрах. Для X ребра: добавив 3 к вели-

чине длины хорды в миллиметрах, получим длину тела в сантиметрах. Скуловая кость (измеряется от височного отростка до processus marginalis) и верхняя челюсть (измеряется от spina nasalis anterior до пересечения продольного и поперечного небного швов) — их длина составляет 1/20, а нижняя челюсть (измеряется от подбородочного бугорка до суставной головки) — 1/10 длины тела плода. Если выразить размеры костей конечностей в сантиметрах, а затем умножить и сложить с соответствующими коэффициентами, то длина тела в сантиметрах составит: длина плечевой кости  $\times 7,524 + 2,4717$ ; ширина дистального конца диафиза плечевой кости  $\times 28,304 + 3,9504$ ; длина локтевой кости  $\times 8,196 + 2,3779$ ; длина бедра  $\times 6,444 + 4,5082$ ; ширина дистального конца бедра  $\times 22,629 + 7,5659$ ; длина большеберцовой кости  $\times 7,236 + 4,9031$ ; длина малоберцовой кости  $\times 7,592 + 4,6841$ . Длина лучевой кости составляет 0,1 длины тела плода на всех стадиях внутриутробной жизни. Этот расчет приблизительный: для первой половины беременности он слегка завышен, для второй несколько занижен. Предложена в 1966 году.

**Федорова В.Г.** класифікація холодної зброї: 1) ударно-дроблячі (палиці, булави, молоти, т.п.); 2) колючі (шпага, багнет, спис, кинджал); 3) рубуюче-ріжучі (шабля, шашка, коса). Запропонована в 1905 році.

**Федорова В.Г.** классификация холодного оружия: 1) ударно-дробящие (палицы, булавы, молоты, дубинки); 2) колющие (шпага, штык, пика, кинжал); 3) рубяще-режущие (сабля, шашка, коса). Предложена в 1905 году.

**Федоровцевой Л.С.** методика визначення напрямку пострілу, в основі якої лежить графічне зображення місця події з розміщенням на ньому рухомих контурів тіла, що стріляв і потерпілого, виготовлених в певному масштабі (зазвичай 1:10). На контурному зображенні тіла потерпілого позначають напрям ранового каналу. Змінюючи положення фігур, досягають (з урахуванням особливостей рельєфу і обстановки місця події) поєднання траєкторії польоту кулі з напрямком ранового каналу в тілі. Методика може бути використана при наскрізних кульових пораненнях, тобто за наявності вхідного і вихідного отворів,



якщо рановий канал в тілі потерпілого є прямолінійним і є третя крапка (точка) (слід від кулі на тому або іншому предметі обстановки місця події). Описана в 1959 році.

**Федоровцевой Л.С.** методика определения направления выстрела, в основе которой лежит графическое изображение места происшествия с размещением на нем подвижных контуров тела стрелявшего и потерпевшего, изготовленных в определенном масштабе (обычно 1:10). На контурном изображении тела потерпевшего обозначают направление раневого канала. Изменяя положение фигур, добиваются (с учетом особенностей рельефа и обстановки места происшествия) совмещения траектории полета пули с направлением раневого канала в теле. Методика может быть использована при сквозных пулевых ранениях, т. е. при наличии входного и выходного отверстий, если раневой канал в теле потерпевшего является прямолинейным и имеется третья точка (след от пули на том или ином предмете обстановки места происшествия). Описана в 1959 г.

**Флексіга П.Є.** (Flechsig P.E.) спосіб розтину головного мозку. Заздалегідь від великого мозку відокремлюють мозочок. Потім мозок поміщають на препарувальний столик або рівну поверхню і довгим, широким, але тонким ножем, змоченим водою, проводять через обидві півкулі розтин, що розділяє мозок на дві половини, — верхню і нижню. Розтин проводиться, приблизно, на висоті 2-3 см від площини, на якій лежить мозок. Якщо він буде проведений дуже високо, то півкулі будуть зрізані окремо одна від одної; якщо ж дуже низько, то крупні вузли мозку будуть розкриті на не належній висоті. Зробивши розтин, знімають обережно руками верхню половину мозку і оглядають поверхню розтину. Переваги способу Флексіга полягають в його простоті: виконується тільки один розтин, і мозок ділиться тільки на дві частини, які знову легко можуть бути накладені одна на одну. Не дивлячись на це, внутрішня поверхня бічних шлуночків, сірі вузли, зовнішня і внутрішня сумки, а також біла речовина півкуль на великому протязі стають доступними огляду. Внаслідок невеликого порушення цілості мозку, мікроскопічне дослідження його, у разі потреби, теж ці-

лком можливо. Деяка незручність описаного способу полягає тільки в тому, що без навику не завжди вдається провести на належній і однаковій з обох боків висоті розтин через такий великий орган, як головний мозок, і тому не всі відділи його бувають добре видимі.

**Флексига П.Е.** (Flechsig P.E.) способ вскрытия головного мозга. Предварительно от большого мозга отделяют мозжечек. Затем мозг помещают на препаровальный столик или ровную поверхность и длинным, широким, но тонким ножом, смоченным водой, проводят через оба полушария разрез, разделяющий мозг на две половины — верхнюю и нижнюю. Разрез ведется, приблизительно, на высоте 2-3 см от плоскости, на которой лежит мозг. Если он будет произведен слишком высоко, то полушария будут срезаны отдельно друг от друга; если же слишком низко, то крупные узлы мозга будут вскрыты не на надлежащей высоте. Сделав разрез, снимают осторожно руками верхнюю половину мозга и осматривают поверхность разреза. Преимущества способа Флексига заключаются в его простоте: делается только один разрез, и мозг делится только на две части, которые снова легко могут быть наложены друг на друга. Несмотря на это, внутренняя поверхность боковых желудочков, большие серые узлы, наружная и внутренняя сумки, а также белое вещество полушарий на большом протяжении становятся доступными осмотру. Вследствие небольшого нарушения целостности мозга, микроскопическое исследование его, в случае надобности, тоже вполне возможно. Некоторое неудобство описанного способа заключается только в том, что без навыка не всегда удастся провести на должной и одинаковой с обеих сторон высоте разрез через такой крупный орган, как головной мозг, и потому не все отделы его бывают хорошо видны.

**Фельгена** метод виявлення сперми в плямі. Гістохімічний метод заснований на виборчому забарвленні ДНК сперматозоїдів і мікроутворень, що містяться в плямах сперми. Дає позитивні результати в плямах давністю до 6 місяців.

**Фельгена** метод обнаружения спермы в пятне. Гистохимический метод основан на избирательной окраске ДНК сперматозоидов и микрообразований содержащихся в пятнах спермы. Дает положительные результаты в пятнах давностью до 6 месяцев.

**Фиддеса-Паттена** формула визначення давності смерті (ДС) в годинах по охолодженню трупа:

$$ДС = \frac{2}{3}(36,8 - T) \text{ де,}$$

36,8 — звичайна температура тіла; Т — температура трупа на момент дослідження в прямій кишці. В перші 4 години температура знижується на 1,05°C в годину, в подальшому - до 36 годин — на 0,56°C в годину. Формула дає задовільні результати в перші 12 годин.

**Фиддеса-Паттена** формула определения давности смерти (ДС) в часах по охлаждению трупа:

$$ДС = \frac{2}{3}(36,8 - T) \text{ где,}$$

36,8 — обычная температура тела; Т — температура трупа на момент исследования в прямой кишке. В первые 4 часа температура снижается на 1,05°C в час, в последующем до 36 часов — на 0,56°C в час. Формула дает удовлетворительные результаты в первые 12 часов.

**Фишера** розтини м'яких тканин передньої поверхні тіла для доступу до органів шиї, грудної і черевної порожнин, порожнини тазу. 1-й — від лівого кута нижньої щелепи до яремної вирізки, далі до пупка обходячи його зліва, над лобком лінія розтину роздвоюється і переходить на передні поверхні стегон. 2-й — у вигляді півкільця від бічної поверхні нижньої частини шиї зліва до протилежної уздовж нижніх країв ключиць, далі від яремної вирізки до лобка обходячи пупок зліва.

**Фишера** разрезы мягких тканей передней поверхности тела для доступа к органам шеи, грудной и брюшной полостей, полости таза. 1-й — от левого угла нижней челюсти до яремной вырезки, далее до пупка обходя его слева, над

лобком линия разреза раздваивается, и разрезы переходят на передние поверхности бедер. 2-й — в виде полукольца от боковой поверхности нижней части шеи слева до противоположной вдоль нижних краев ключиц, далее от яремной вырезки до лобка обходя пупок слева.

**Франка-Прокопу О.** (Frank, Prokop O.) феномен утворення ідіомускулярної пухлини, виникає при різкому ударі по м'язу трупа. Може бути викликана протягом 6 годин після настання смерті, в перші 2 години її інтенсивність не залежить від зовнішніх дій.

**Франка-Прокопа О.** (Frank, Prokop O.) феномен образования идиомускулярной опухоли, возникает при резком ударе по мышце трупа. Может быть вызвана в течение 6 часов после наступления смерти, в первые 2 часа ее интенсивность не зависит от внешних воздействий.

**Фретвурста-Майнеке** (Fretwurst, Meinecke) метод визначення карбоксигемоглобіну в крові. Заснований на визначенні поглинання світла при довжині хвилі, рівної 575 або 578 нм, розчином гемолізованої крові до і після відновлення  $O_2Hb$  гідросульфідом. У разі 100% насичення крові окисом вуглецю величина поглинання світла після добавки гідросульфіту не змінюється. При неповному насиченні або за відсутності  $CO$  вона зменшується. По ступеню цього зменшення визначають відсоток  $COHb$ . Запропонований у 1959 році.

**Фретвурста-Майнеке** (Fretwurst, Meinecke) метод определения карбоксигемоглобина в крови. Основан на определении поглощения света при длине волны, равной 575 или 578 нм, раствором гемолизированной крови до и после восстановления  $O_2Hb$  гидросульфитом. В случае 100% насыщения крови окисью углерода величина поглощения света после добавки гидросульфита не меняется. При неполном насыщении или при отсутствии  $CO$  она уменьшается. По степени этого уменьшения определяют процент  $COHb$ . Предложен в 1959 году.

**Фуркруа, Туре** (Fourcroy) вперше в 1786 році описали жировіск. З цим явищем вони зіткнулися при розкритті могил на кладовищі «Безвинних немовлят» в Парижі. Жировіск — від природної консервації трупа, утворюється за ві-

дсутності повітря і надлишку вологи ( у воді, у вологому ґрунті). За цих умов гниття трупа припиняється, жир розщеплюється на гліцерин і жирні кислоти. Гліцерин і олеїнова кислота як рідини вимиваються водою; пальмітинова і стеаринова кислоти, з'єднуючись з лужними і лужноземельними металами (кальцієм, магнієм, калієм, натрієм і ін.), а також з аміаком, що виділяється при розпаді білків, утворюють солі цих кислот (мила), тверді і майже не розчинні у воді, — жировіск. Труп набуває щільної консистенції білуватого (у воді) або сіро-жовтого (у ґрунті) кольору. Жировіск має специфічний запах згірлого сиру, легко розтинається ножом, легший води, при нагріванні плавиться, на папері залишає жирну пляму, при висиханні кришиться. Труп немовляти може перейти в жировіск за 4-5 міс., дорослого — за 8-10 місяців і більше. Жировіск зберігає структуру шкіри, м'яких тканин і органів, і тому в судово-медичному відношенні представляє великий інтерес. Опісля навіть багатьох років при розтині трупа, що знаходиться в стані жировоску, можна встановити характер ушкоджень, встановити причину смерті, пізнати труп. Жировіск дозволяє приблизно судити про мінімальний термін, минулий з моменту настання смерті.

**Фуркруа, Турэ** (Fourcroy) впервые в 1786 году описали жировоск. С этим явлением они столкнулись при вскрытии могил на кладбище «Невинных младенцев» в Париже. Жировоск — вид естественной консервации трупа, образуется при отсутствии воздуха и избытке влаги (в воде, во влажной почве). При этих условиях гниение трупа приостанавливается, жир расщепляется на глицерин и жирные кислоты. Глицерин и олеиновая кислота как жидкости вымываются водой; пальмитиновая и стеариновая кислоты, соединяясь с щелочными и щелочноземельными металлами (кальцием, магнием, калием, натрием и др.), а также с аммиаком, выделяющимся при распаде белков, образуют соли этих кислот (мыла), твердые и почти не растворимые в воде, — жировоск. Труп приобретает плотную консистенцию беловатого (в воде) или серо-желтого (в почве) цвета. Жировоск имеет специфический запах прогорклого сыра, легко режется ножом, легче воды, при нагревании плавится, на бумаге оставляет жирное пятно, при высыхании крошится. Труп младенца может перейти в

жировоск за 4-5 мес., взрослого — за 8-10 месяцев и больше. Жировоск сохраняет структуру кожи, мягкие ткани, органы и поэтому в судебно-медицинском отношении представляет большой интерес. Спустя даже многие годы при вскрытии трупа, находящегося в состоянии жировоска, можно установить характер повреждений, установить причину смерти, опознать труп. Жировоск позволяет приблизительно судить о минимальном сроке, истекшем с момента наступления смерти.

**Фуртмайера** (Furtmayer) координатный-диаграммный метод (КДМ) идентификации особи по черепу. Через 35 анатомо-топографических точек проводят вспомогательные линии и с помощью циркуля строят диаграмму координат. Диаграмма может быть зашифрована, а шифры — классифицированы, что, на думку автора, відкриває перспективи використання результатів КДМ в картотеках (для первинного відбору). Автор вважає за доцільне поєднувати КДМ, фотопоєднання і пластичну реконструкцію особи по черепу. Розроблений в 1970 році.

**Фуртмайера** (Furtmayer) координатно-диаграммный метод (КДМ) идентификации личности по черепу. Через 35 анатомо-топографических точек проводят вспомогательные линии и с помощью циркуля строят диаграмму координат. Диаграмма может быть зашифрована, а шифры — классифицированы, что, по мнению автора, открывает перспективы использования результатов КДМ в картотеках (для первичного отбора). Автор считает целесообразным сочетать КДМ, фотосовмещение и пластическую реконструкцию лица по черепу. Разработан в 1970 году.

**Харке** спосіб розтину носа. Лише у окремих випадках буває можливість проведення розтину носа ззовні. Звичайно ж, щоб уникнути спотворення, його проводять з боку черепної порожнини. Спосіб Харке полягає в наступному. Продовжують розтини, зроблені для розтину черепа, донизу вздовж переднього краю трапецеподібного м'яза. Потім відокремлюють передню половину шкіряного покриву черепа до кореня носа і до верхніх країв очних ямок і завертають її, наскільки можливо, донизу на обличчя, а рівним чином, очищають від м'яких тканин потиличну кістку і верхній відділ шийної частини хребта. Після цього, підвівши

голову догори, роблять поздовжній розпил основи мозку навпіл, через потиличну кістку, турецьке сідло, клиновидну, гратчасту і лобову кости. Дійшовши до гратчастої кістки, відхиляються дещо праворуч або ліворуч від середньої лінії, щоб не пошкодити перетинки носа. Потім сильно розсовують обидві розпиляні половини, причому носові кістки ламаються. Після цього стають видно пазухи клиновидної кістки, перегородка носа, носові ходи розкритої сторони і лобні пазухи. Розтин Гайморової порожнини і носових ходів іншої сторони проводиться далі ножом. У інших випадках можна обмежитися видаленням долотом або вузькою загостреною пилою, з боку черепної порожнини середньої частини клиноподібної і гратчастої кісток, після чого також утворюється досить широкий отвір, що веде безпосередньо у порожнину носа.

**Харкэ** способ вскрытия носа. Лишь в редких случаях бывает возможно произвести вскрытие носа снаружи. Обыкновенно же, во избежание обезображивания, его производят со стороны черепной полости. Способ Харкэ состоит в следующем. Продолжают разрезы, сделанные для вскрытия черепа, книзу вдоль переднего края трапецевидной мышцы. Потом отделяют переднюю половину кожного покрова черепа до корня носа и до верхних краев глазниц и заворачивают ее, насколько возможно, вниз на лицо, а, равным образом, очищают от мягких тканей затылочную кость и верхний отдел шейной части позвоночника. После этого, приподняв голову кверху, делают продольный распил основания мозга пополам, через затылочную кость, турецкое седло, клиновидную, решетчатую и лобную кости. Дойдя до решетчатой кости, отклоняются несколько вправо или влево от средней линии, чтобы не повредить перегородки носа. Затем сильно раздвигают обе распиленные половины, причем носовые кости ломаются. Теперь становятся видны пазухи клиновидной кости, перегородка носа, носовые ходы вскрытой стороны и лобные пазухи. Вскрытие Гайморовой полости и носовых ходов другой стороны производится далее уже ножом. В других случаях можно ограничиться удалением долотом или узкой остроконечной пилой, со стороны черепной полости средней части клиновидной и ре-

щетчатой костей, после чего также получается довольно широкое отверстие, ведущее непосредственно в полость носа.

*Хижнякової К.І.* модифікація техніки секційного дослідження жіночих статевих органів з приводу абортів. Після вилучення органів черевної порожнини необхідно оглянути органи малого тазу (положення, розміри, стан тазової очеревини і ін.); нижню половину трупа слід дещо підвести (підкласти валик під поперек). Серединний розтин передньої стінки черевної порожнини потрібно продовжити через лобок на 1 см до статевої щілини, потім зробити звичайний розтин тканин основи великих статевих губ, приблизно на відстані 1 см від статевої щілини, і далі навколо заднього проходу. М'які тканини лобка відокремлюють в обидві сторони до пахових ділянок, при цьому оголюються лонні кістки і їх зчленування. Далі необхідно підкласти валик під сідниці на рівні вертлюгових западин і перепиляти лонні кістки на рівні середини замикальних отворів. Випиляну ділянку лонних кісток видаляють шляхом відділення м'яких тканин зі сторони порожнини малого тазу; при цьому відкривається вільний доступ до сечовипускного каналу, сечового міхура і вагінальної частини шийки матки, які доцільно розкрити і оглянути на місці. Слід оглянути присінок піхви і описати стан його слизової оболонки (колір, ушкодження, накладання, виділення і ін.). Сечовивідний канал розтинають ножицями по передній його стінці, потім розтин продовжують на лівій стороні міхура по дну його, до протилежної бічної стінки. Цей напівкруглий розтин дозволяє відвести передню стінку міхура вправо і оголити його слизову оболонку. Після дослідження міхура (вміст, колір слизової оболонки і ін.) проводять розтин стінки піхви зліва по бічній стінці до лівого бічного склепіння, звідки розтин продовжують через переднє зведення до правого зведення і передню стінку піхви відводять управо. Описують вміст піхви, колір слизової оболонки, накладання, ушкодження і ін. Особливу увагу слід звертати на стан склепінь піхви, де можуть бути малопомітні дрібні ушкодження, які вимагають огляду за допомогою лупи. Відмічають стан піхвової частини шийки матки: її розміри, форму, колір слизової оболонки,



ушкодження і ін., розміри і форму зовнішнього зіву, особливості його країв, наявність виділень і їх характер, чи звисає із зовнішнього зіву слизова оболонка, крістеллерівську пробку — в якому стані вона знаходиться (розміри, колір, домішка крові або якої-небудь кольорової рідини і т. п.). Після цього слід витягнути загальним комплексом внутрішні і зовнішні статеві органи, пряму кишку і сечовий міхур і укласти їх на столик. Проводять вимірювання матки, шийки, визначають її форму, консистенцію, стан серозного покриву. Шийку матки беруть справа лівою рукою, дещо підводять над рівнем столика і розтинають гострим ножом (краще бритвою) по бічній стінці. Оглядають вміст порожнини шийки, слизову оболонку її, накладання, ушкодження і ін. Слід детально описувати слизову оболонку, крістеллерівську пробку: локалізацію, колір її, домішки крові та будь-якої кольорової рідини. Ліву бічну стінку тіла розтинають ножицями з боку розтину шийки і продовжують його до лівої труби, потім розтин ведуть в ділянки дна матки до правої труби. Після такого розтину тіла матки передню стінку її відводять вправо і оголюють внутрішню поверхню. Вміст матки для бактеріологічного дослідження беруть стерильним ватним тампоном або петлею в ділянці гирла правої труби. Для судово-хімічного дослідження вміст матки слід зібрати в окремий посуд і направити в лабораторію окремо від частин матки. Описують кількість, колір, характер вмісту матки, стан слизової оболонки її (колір, ушкодження і ін.). Далі оглядають плодовий міхур, його оболонки (колір, накладання, ушкодження і ін.); особливу увагу слід приділити огляду краєвого синуса плаценти на всьому протязі, де зазвичай відбувається відшарування його. Потрібно уточнити наявність і розташування відшарування плаценти, розміри, форму і характер країв і ділянок тканини, що оточують її; наявність або відсутність крововиливу в ділянці відшарування. Якщо при огляді не вдається знайти місця відшарування плаценти, слід натиснути правою рукою на вільну поверхню плодового міхура з силою приблизно 3-4 кг. При цьому в місцях відшарування виділятиметься рідка кров, кількість якої залежить від ступеня кровонаповнення стінки матки. Якщо цей прийом не допоможе вияви-

ти місце відшарування, необхідно розкрити плодовий міхур, зібрати навколоплідні води в чистий посуд для судово-хімічного дослідження, а потім через отвір (завдовжки 4-6 см) ввести 4 складених пальці правої руки у порожнину плодового міхура і послідовно натискати кінцями пальців по краю плаценти. У місцях навіть невеликого відшарування плаценти при натисканні виділятиметься кров. Визначають стан навколоплідних вод, плодових оболонок з плодової поверхні і плоду (довжина, стать, колір покривів і ін.). Описують виявлені в матці частини плодового яйця, а потім плацентарний майданчик: розміри її, колір, стан поверхні тканин, накладення і ін. Роблять паралельно-подовжні розтини стінки матки в ділянки розташування плацентарного майданчика для огляду стану судин, їх вмісту і ін. Далі досліджують м'язову оболонку матки: колір, консистенцію, товщину її стінки, стан її судин на розтині (розширені вони або запалі, їх вміст: рідка, пухка кров, що згорнулася, або гноєподібні маси і т. д.). Для цього слід провести поперечні розтини (на відстані 0,2-0,3 см один від одного) шийки і бічних стінок її до труб: зліва — по місцю поздовжнього розтину стінки матки, справа — з боку серозного покриву. Потім досліджують труби (розтин поперечний або поздовжній); відзначають їх довжину, стан серозного покриву, абдомінального кінця, вміст їх, стан слизової оболонки. Вимірюють яєчники, визначають їх форму, консистенцію і колір тканин. Описують детально жовте тіло: розташування його, розміри, колір і ін. Потім досліджують широкі зв'язки і навколоматкову клітковину. Спочатку широкі зв'язки і клітковину пальпують для визначення консистенції, потім проводять поперечні розтини (на відстані 0,3-0,5 см один від одного) від бічних поверхонь матки у напрямку до абдомінальних кінців труб. Для гістологічного дослідження слід вилучати шматочки ушкоджених тканин: із стінки піхви, шийки матки в ділянці зовнішнього зіву, бічної стінки матки (на межі з шийкою), дна місця відшарування плаценти, шматочок тканин труби, яєчника з жовтим тілом, плодових оболонок (плаценти або плоду). На хімічне дослідження направляють частину матки (половину),

іншу частину з плодовим міхуром або змінами, що мають значення, ушкодженнями залишають як речовий доказ. Запропонована в 1957 році.

*Хижняковой К.И.* модификация техники секционного исследования женских половых органов по поводу аборта. После извлечения органов брюшной полости необходимо осмотреть органы малого таза (положение, размеры, состояние тазовой брюшины и др.); нижнюю половину трупа следует несколько приподнять (подложить валик под поясницу). Срединный разрез передней стенки брюшной полости нужно продолжить через лобок на 1 см до половой щели, затем сделать обычный разрез тканей основания больших половых губ, приблизительно на расстоянии 1 см от половой щели, и далее вокруг заднего прохода. Мягкие ткани лобка отделяют в обе стороны до паховых областей, при этом обнажаются лонные кости и их сочленение. Далее необходимо подложить валик под ягодицы на уровне вертлужных впадин и перепилить лонные кости на уровне середины запирательных отверстий. Выпиленный участок лонных костей удаляют путем отделения мягких тканей со стороны полости малого таза; при этом открывается свободный доступ к мочеиспускательному каналу, мочевому пузырю и влагалищной части шейки матки, которые целесообразно вскрыть и осмотреть на месте. Следует осмотреть преддверие влагалища и описать состояние слизистой его (цвет, повреждения, наложения, выделения и др.). Мочеиспускательный канал разрезают ножницами по передней его стенке, затем разрез продолжают на левой стороне пузыря по дну его, до противоположной боковой стенки. Этот полукруглый разрез позволяет отвести переднюю стенку пузыря вправо и обнажить его слизистую. После исследования пузыря (содержимое, цвет слизистой и др.) производят разрез стенки влагалища слева по боковой стенке до левого бокового свода, откуда разрез продолжают через передний свод до правого свода и переднюю стенку влагалища отводят вправо. Описывают содержимое влагалища, цвет слизистой оболочки, наложения, повреждения и др. Особое внимание следует обращать на состояние сводов влагалища, где могут быть малозаметные мелкие повреждения, которые требуют

осмотра при помощи лупы. Отмечают состояние влагалищной части шейки матки: ее размеры, форму, цвет слизистой оболочки, повреждения и др., размеры и форму наружного зева, особенности его краев, наличие выделений и их характер, свисает ли из наружного зева слизистая оболочка, кристеллеровскую пробку — в каком состоянии она находится (размеры, цвет, примесь крови или какой-нибудь цветной жидкости и т. п.). После этого следует извлечь общим комплексом внутренние и наружные половые органы, прямую кишку и мочевого пузырь и уложить их на столик. Производят измерение матки, шейки, определяют ее форму, консистенцию, состояние серозного покрова. Шейку матки берут справа левой рукой, слегка приподнимают над уровнем столика и разрезают острым ножом (лучше бритвой) по боковой стенке. Осматривают содержимое полости шейки, слизистую оболочку ее, наложения, повреждения и др. Следует подробно описывать слизистую оболочку, кристеллеровскую пробку: локализацию, цвет ее, примеси крови, цветных жидкостей и др. Левую боковую стенку тела разрезают ножницами со стороны разреза шейки и продолжают его до левой трубы, затем разрез ведут в области дна матки до правой трубы. После такого разреза тела матки переднюю стенку ее отводят вправо и обнажают внутреннюю поверхность. Содержимое матки для бактериологического исследования берут стерильным ватным тампоном или петлей в области устья правой трубы. Для судебно-химического исследования содержимое матки следует собрать в отдельную посуду и направить в лабораторию отдельно от частей матки. Описывают количество, цвет, характер содержимого матки, состояние слизистой оболочки ее (цвет, повреждения и др.). Далее осматривают плодный пузырь, его оболочки (цвет, наложения, повреждения и др.); особое внимание следует уделить осмотру краевого синуса плаценты на всем протяжении, где обычно происходит отслойка его. Нужно уточнить наличие и расположение отслойки плаценты, размеры, форму и характер краев и окружающих ее участков ткани; наличие или отсутствие кровоизлияния в области отслойки. Если при осмотре не удастся найти места отслойки плаценты, следует надавить

правой рукой на свободную поверхность плодного пузыря с силой примерно 3-4 кг. При этом в местах отслойки будет выделяться жидкая кровь, количество которой зависит от степени кровенаполнения стенки матки. Если этот прием не поможет выявить место отслойки, необходимо вскрыть плодный пузырь, собрать околоплодные воды в чистую посуду для судебно-химического исследования, а затем через отверстие (длиной 4-6 см) ввести 4 сложенных пальца правой руки в полость плодного пузыря и последовательно надавливать концами пальцев по краю плаценты. В местах даже небольшой отслойки плаценты при надавливании будет выделяться кровь. Определяют состояние околоплодных вод, плодных оболочек с плодной поверхности и плода (длина, пол, цвет покровов и др.). Описывают обнаруженные в матке части плодного яйца, а затем плацентарную площадку: размеры ее, цвет, состояние поверхности тканей, наложения и др. Делают параллельно-продольные разрезы стенки матки в области расположения плацентарной площадки для осмотра состояния сосудов, их содержимого и др. Далее исследуют мышечную оболочку матки: цвет, консистенцию, толщину ее стенки, состояние ее сосудов на разрезе (расширены ли они или спавшиеся), содержимое их: жидкая, рыхлая свернувшаяся кровь или гноевидные массы и т. д.). Для этого следует произвести поперечные разрезы (на расстоянии 0,2-0,3 см друг от друга) шейки и боковых стенок ее до труб: слева — по месту продольного разреза стенки матки, справа — со стороны серозного покрова. Затем исследуют трубы (разрез поперечный или продольный); отмечают их длину, состояние серозного покрова, абдоминального конца, содержимое их, состояние слизистой оболочки. Измеряют яичники, определяют их форму, консистенцию и цвет тканей. Описывают подробно желтое тело: расположение его, размеры, цвет и др. Затем исследуют широкие связки и околоматочную клетчатку. Вначале широкие связки и клетчатку пальпируют для определения консистенции, затем производят поперечные разрезы (на расстоянии 0,3-0,5 см один от другого) от боковых поверхностей матки по направлению к абдоминальным концам труб. Для гистологического исследования следу-

ет вырезать кусочки поврежденных тканей: из стенки влагалища, шейки матки в области наружного зева, боковой стенки матки (на границе с шейкой), дна места отслойки плаценты, кусочек тканей трубы, яичника с желтым телом, плодных оболочек, плаценты или плода. На химическое исследование направляют часть матки (половину), другую часть с плодным пузырем или имеющими значение изменениями, повреждениями оставляют в качестве вещественного доказательства. Предложена в 1957 году.

**Чарного В.І.** класифікація тупих твердих предметів: 1) велика плоска поверхня (дошка, плита); 2) велика сферична поверхня (гиря, великий круглий камінець); 3) циліндрична поверхня — предмети з великою довжиною і малим поперечником (палиця, лом, стрижень круглого перетину); 4) подовжена гранована поверхня з ребром — предмети з великою довжиною і малим поперечником (стрижень, брусок); 5) мала плоска поверхня (грань) з ребрами (молоток, обух сокири, торець стрижня); 6) кут або виступ гранованого предмету (праска, цеглина, брусок і т. п.). Запропонована в 1976 році.

**Чарного В.И.** классификация тупых твердых предметов: 1) большая плоская поверхность (доска, плита); 2) большая сферическая поверхность (гиря, булыжник); 3) цилиндрическая поверхность — предметы с большой длиной и малым поперечником (палка, лом, стержень круглого сечения); 4) удлиненная граненая поверхность с ребром — предметы с большой длиной и малым поперечником (стержень, брусок); 5) малая плоская поверхность (грань) с ребрами (молоток, обух топора, торец стержня); 6) угол или выступ граненого предмета (утюг, кирпич, брусок и т. п.). Предложена в 1976 году.

**Чистовича Ф.Я.-Уленгута П.** (Uhlengut P.) реакція преципітації для встановлення видової належності білка. Ф.Я. Чистович в 1899 році встановив, що сироватка крові кроликів, попередньо імунізованих сироваткою коня або вугра, набуває здатності, утворювати помутніння — преципітацію при змішуванні її з сироваткою вугра або коня. Організм тварини у відповідь на введення чужорідного білка (антигену) виробляє антитіла, в даному випадку преципіти-

ни. Осад — преципітат — випадає тільки в тому випадку, коли імунна преципітуюча сироватка взаємодіє з нормальною сироваткою тварин того вигляду, сироваткою якого проводили імунізацію. З нормальними сироватками тварин інших видів преципітат не утворюється. Таким чином, маючи в своєму розпорядженні сироватки, преципітуючий білок різних тварин, можна шляхом апробації цими сироватками невідомої крові визначити її видову належність. У 1901 році вийшла робота Пауля Уленгута, в якій він пропонував застосовувати реакцію преципітації для визначення видової належності крові. У світовій судово-медичній літературі реакцію преципітації часто називають його ім'ям. За пропозицією Н.В. Попова, в СРСР з 1930 р. реакцію преципітації стали називати реакцією Чистовича-Уленгута. Для проведення реакції преципітації потрібна преципітуюча сироватка, що містить антитіла до певного виду білка, і витяжка з досліджуваної плями крові, що містить білок — антиген, видову належність якого потрібно визначити. Сироватка повинна бути специфічною, активною і прозорою. Реакцію преципітації виконують в маленьких пробірках з відтягнутим дном, в які піпеткою вводять по 0,9 мл витяжки з плями, витяжки з предмету-носія, розчину білка людини і фізіологічного розчину (4 пробірки). Потім в кожен пробірку окремою пастерівською піпеткою вводять на дно по 0,1 мл сироватки, що осаджує білок людини. Якщо в досліджуваній плямі є кров людини, то через 1-2 хв в першій і третій пробірках утворюється кільце преципітації. Відповідним чином ставляться ряди і для виробництва реакції з сироватками, преципітуючими білки тварин.

**Чистовича Ф.Я.-Уленгута П.** (Uhlengut P.) реакция преципитации для установления видовой принадлежности белка. Ф.Я. Чистович в 1899 году установил, что сыворотка крови кроликов, иммунизированных предварительно сывороткой лошади или угря, приобретает способность, образовывать помутнение — преципитацию при смешивании ее с сывороткой угря или лошади. Организм животного в ответ на введение чужеродного белка (антигена) вырабатывает антитела, в данном случае преципитины. Осадок — преципитат — выпадает

только в том случае, если иммунная преципитирующая сыворотка взаимодействует с нормальной сывороткой животных того вида, сывороткой которого проводили иммунизацию. С нормальными сыворотками животных других видов преципитат не образуется. Таким образом, располагая сыворотками, преципитирующими белок различных животных, можно путем апробации этими сыворотками неизвестной крови определить ее видовую принадлежность. В 1901 году вышла работа Пауля Уленгута, в которой он предлагал применять реакцию преципитации для определения видовой принадлежности крови. В мировой судебно-медицинской литературе реакцию преципитации часто называют его именем. По предложению Н.В. Попова, в СССР с 1930 г. реакцию преципитации стали называть реакцией Чистовича-Уленгута. Для проведения реакции преципитации требуется преципитирующая сыворотка, содержащая антитела к определенному виду белка, и вытяжка из исследуемого пятна крови, содержащая белок — антиген, видовую принадлежность которого требуется определить. Сыворотка должна быть специфичной, активной и прозрачной. Реакцию преципитации ставят в маленьких пробирках с оттянутым дном, в которые пипеткой вводят по 0,9 мл вытяжки из пятна, вытяжки из предмета-носителя, раствора белка человека и физиологического раствора (4 пробирки). Затем в каждую пробирку отдельной пастеровской пипеткой вводят на дно по 0,1 мл сыворотки, осаждающей белок человека. Если в исследуемом пятне имеется кровь человека, то через 1-2 мин в первой и третьей пробирках образуется кольцо преципитации. Соответствующим образом ставятся ряды и для производства реакции с сыворотками, преципитирующими белки животных.

***Шишкіна-Солунської*** ознака. Продовження кровообігу після травми обумовлює пересування еритроцитів по лімфатичним судинам. Виявлення еритроцитів в синусах регіональних лімфатичних вузлів є показником прижиттєвості відповідного ушкодження. І.П. Шишкін описав це явище в 1895 році, а М.М. Солунська в 1904 році.



**Шишкина-Солунсковой** признак. Продолжение кровообращения после травмы обуславливает передвижение эритроцитов по лимфатическим сосудам. Обнаружение эритроцитов в синусах региональных лимфатических узлов является показателем прижизненности соответствующего повреждения. И.П. Шишкин описал это явление в 1895 году, а М.М. Солунскова в 1904 году.

**Ебера** проба для встановлення наявності гнильних газів. Застосовується в харчовій промисловості для перевірки свіжості м'ясних продуктів (відкриття вільного газоподібного аміаку реакцією утворення хлористого амонію). У судово-медичній практиці може використовуватися при вирішенні питання про живонародженність. Негативний її результат при позитивній плавальній пробі дозволяє вважати, що немовля дихало.

**Эбера** проба для установления наличия гнилостных газов. Применяется в пищевой промышленности для проверки свежести мясных продуктов (открытие свободного газообразного аммиака реакцией образования хлористого аммония). В судебно-медицинской практике может использоваться при решении вопроса о живорожденности. Отрицательный ее результат при положительной плавательной пробе, позволяет считать, что младенец дышал.

**Янковського В.Е.** (соавт. Зорькін А.И., Клевно В.А., Саркісян Б.С.) класифікація травмуючої частини тупих твердих предметів: I. Невідповідна (необмежена) плоска, що повністю виходить за межі площі зіткнення. II. Відповідна (обмежена) виступаюча (гранована, сферична, циліндрична, конічна, пірамідальна і ін.), що частково виходить за межі площі зіткнення. III. Подовжена (втягнута), що частково виходить за межі площі зіткнення. Запропонована в 1984 році.

**Янковского В.Э.** (соавт. Зорькин А.И., Клевно В.А., Саркисян Б.С.) классификация травмирующей части тупых твердых предметов: I. Несоразмерная (неограниченная) плоская, полностью выходящая за пределы площади соударения. II. Соразмерная (ограниченная) выступающая (граненая, сферическая, цилиндрическая, коническая, пирамидальная и др.), частично выходящая за пре-

делы площади соударения. III. Удлиненная (вытянутая), частично выходящая за пределы площади соударения. Предложена в 1984 году.

**Шенбейн** дослідник з Швейцарії. У 1845 році відкрив піроксилін, що використовується для приготування бездимного пороху, а саме — клітковину (бавовну), оброблену міцною азотною кислотою і промиту спиртоєфірною сумішшю. Розрізняють піроксилін розчинний у спиртоєфірній суміші з формулою  $C_{24}H_{30}(ONO_3)_{10}$ , і піроксилін нерозчинний  $C_{24}H_{20}(ONO_2)_{11}$ . У 1884 році у Франції вдалося подолати технічні труднощі і налагодити перше заводське виготовлення піроксилінового пороху.

**Шенбейн** исследователь из Швейцарии. В 1845 году открыл, используемый для приготовления бездымного пороха, пироксилин — клетчатку (хлопок), обработанную крепкой азотной кислотой и промытую спиртоэфирной смесью. Различают пироксилин растворимый в спиртоэфирной смеси с формулой  $C_{24}H_{30}(ONO_3)_{10}$ , и пироксилин нерастворимый  $C_{24}H_{20}(ONO_2)_{11}$ . В 1884 году во Франции удалось преодолеть технические трудности и наладить первое заводское изготовление пироксилинового пороха.

**Шенбейна** (з перекисом водню) попередня проба на кров. Фермент крові — каталаза розкладає перекис водню на воду і кисень, який при нанесенні краплі розчину супроводжується утворенням бульбашок (піни).

**Шенбейна** (с перекисью водорода) предварительная проба на кровь. Фермент крови — каталаза разлагает перекись водорода на воду и кислород, который при нанесении капли раствора и выделяется с образованием пузырьков (пены).

**Шварц Бертольд** чернець. У 1313 році повторно (після Китаю) винайшов порох, який в даний час називають димним або чорним порохом, що складається з суміші селітри, сірки і вугілля. Склад пороху дещо коливався. Так, по Броунсу, димний порох містив: російський — 77% селітри, 15% сірки і 8% вугілля; англійський — 78% селітри, 14% сірки і 8% вугілля; німецький — 74% селітри, 16% сірки і 10% вугілля; французький — 78% селітри, 14% сірки і 8%

вугілля. Сила вибуху 1 г димного пороху, по Паскалю, рівна  $3190 \text{ кг/см}^3$  (піроксилінового —  $9700 \text{ кг/см}^3$ ; динаміту —  $10084 \text{ кг/см}^3$ ).

**Шварц Бертольд** монах. В 1313 году повторно (после Китая) изобрел порох, который в настоящее время называют дымным или черным порохом, состоящим из смеси селитры, серы и угля. Состав пороха несколько колебался. Так, по Броунсу, дымный порох содержал: русский — 77% селитры, 15% серы и 8% угля; английский — 78% селитры, 14% серы и 8% угля; германский — 74% селитры, 16% серы и 10% угля; французский — 78% селитры, 14% серы и 8% угля. Сила взрыва 1 г дымного пороха, по Паскалю, равна  $3190 \text{ кг/см}^3$  (пироксилинового —  $9700 \text{ кг/см}^3$ ; динамита —  $10084 \text{ кг/см}^3$ ).

**Шора Г.В.** метод розтину трупa — метод повної евісцерації (видалення внутрішніх органів), який полягає в тому, що органи ший, грудної і черевної порожнин, а також малого таза виймають разом. Надалі органи не розділяють, а досліджують їх комплексно, у взаємозв'язку. Метод Шора дозволяє прослідкувати хід ранового каналу в органах, техніку виконання операцій на внутрішніх органах і вирішувати інші питання. Описаний в 1926 році.

**Шора Г.В.** метод вскрытия трупa — метод полной эвисцерации (извлечения внутренних органов), который заключается в том, что органы шеи, грудной и брюшной полостей, а также малого таза вынимают вместе. В дальнейшем органы не разделяют, а исследуют их комплексно, во взаимосвязи. Метод Шора позволяет проследить ход раневого канала в органах, технику выполнения операций на внутренних органах и решать другие вопросы. Описан в 1926 году.

**Шора Г.В.** пінцет (лапчатий). Є великим пінцетом з чашоподібними кінцями, по краях яких є зубці. Широко використовується в судово-медичній і патологоанатомічній техніці.

**Шора Г.В.** пинцет (лапчатый). Представляет собой крупный пинцет с чашеобразными концами, по краям которых имеются зубцы. Широко используется в судебно-медицинской и патологоанатомической технике.

**Штера** (Stöhr) ознаки смертельної гіпотермії. Характерна поза, що нагадує положення людини під час глибокого сну, рожеве забарвлення трупних плям (особливо шкіри спини і обличчя), замерзання трупа, повнокров'я внутрішніх органів внаслідок звуження периферичних судин і повнокров'я головного мозку, заповнення всіх відділів серця згустками крові, повнокров'я і набряк легень. Описані в 1845-1846 роках.

**Штера** (Stöhr) признаки смертельной гипотермии. Характерная поза, напоминающая положение человека во время глубокого сна, розоватая окраска трупных пятен (особенно кожи спины и лица), оледенение трупа, полнокровие внутренних органов вследствие сужения периферических сосудов и полнокровие головного мозга, заполнение всех отделов сердца сгустками крови, полнокровие и отек легких. Описаны в 1845-1846 годах.

**Ейдліна Л.М.** способи для визначення наявності кіптяви і забруднення навколо вхідних вогнепальних ран. 1-й — взяти чисту марлю і міцно витерти нею місце рани, потім обмити кров; на місці, де була кіптява і грязь, залишаються характерні темні сліди; 2-й — вирізати ділянку шкіри з отвором від кулі і помістити у дистильовану воду. Кров розчиниться, і на шкірі по краю отвору виступлять кіптява і грязь.

**Эйдлина Л.М.** способы для определения наличия копоти и грязи вокруг входных огнестрельных ран. 1-й — взять чистую марлю и крепко вытереть ею место раны, затем обмыть кровь; на месте, где была копоть и грязь, остаются характерные темные следы. 2-й — вырезать участок кожи с отверстием от пули и поместить в дистиллированную воду. Кровь растворится, и на коже по краю отверстия выступят копоть и грязь.

**Ейдліна Л.М.** проба на порох (гліцерінова проба). На предметне скло, ближче до одного з кінців, наносять голкою краплю гліцерину, в неї занурюють порохове зерно. Скло нагрівають спиртним пальником до закипання гліцерину і розчинення пороху який фарбує гліцерин в жовто-зеленуватий колір. При подальшому нагріванні гліцерину на склі залишається суха жовто-бура пляма, яку

досліджують під мікроскопом. При цьому можна бачити своєрідні картини мікроструктури різних видів пороху, які можуть служити доказом наявності пороху або його залишків. Порошинки бездимного пороху утворюють на склі комірчасті структури, які складаються з дрібних зерняток, колір яких залежить від виду пороху. Димний порох розпадається на чорні аморфні шматочки, оточені темно-коричневими зернятками і паличками. Запропонована в 1961 році.

**Эйдли́на Л.М.** проба на порох (глицериновая проба). На предметное стекло, ближе к одному из концов, наносят иглой каплю глицерина, в нее погружают пороховое зерно. Стекло нагревают спиртовой горелкой до закипания глицерина и растворения пороха который окрашивает глицерин в желто-зеленоватый цвет. При дальнейшем нагревании глицерина на стекле остается сухое желто-бурое пятно, которое исследуют под микроскопом. При этом можно видеть своеобразные картины микроструктуры различных видов пороха, которые могут служить доказательством наличия пороха или его остатков. Порошинки бездимного пороха образуют на стекле ячеистые структуры, которые складываются из мелких зернышек, цвет которых зависит от вида пороха. Дымный порох распадается на черные аморфные кусочки, окруженные темно-коричневыми зернышками и палочками. Предложена в 1961 году.

**Ейдли́на Л.М.** стадії обпалення волосся, що викликаються безпосередньою дією пострілу: спочатку за відсутності структурної зміни волосся з'являються невеликі бульбашки повітря (перша стадія), потім кількість, розмір їх поступово наростають, верхівки волосся стають колбоподібно роздутими і почорнілими, можуть зустрічатися крупніші бульбашки повітря (друга стадія), пошкоджена ділянка представляється у вигляді безформної чорної маси (третя стадія). Порошинки і їх частинки при пострілі діють на зразок дрібних снарядів і можуть утворити відщеплювання пластинок волосся, тріщини, напівкруглі дефекти їх речовини і повністю перебити волос. Описані в 1963 році.

**Эйдли́на Л.М.** стадии опаления волос, вызываемые непосредственным действием выстрела: вначале при отсутствии структурного изменения волос

появляются небольшие пузырьки воздуха (первая стадия), затем количество, размер их постепенно нарастают, верхушки волос становятся колбообразно вздутыми и почерневшими, могут встречаться более крупные пузырьки воздуха (вторая стадия), поврежденный участок представляется в виде бесформенной черной массы (третья стадия). Порошинки и их частицы при выстреле действуют наподобие мелких снарядов и могут образовать отщепления пластинок волос, трещины, полукруглые дефекты их вещества и полностью перебить волос. Описаны в 1963 году.

**Ессен-Мюллер Е.** (Essen-Möller E.) формула для обчислення вірогідності батьківства. Вона заснована на теорії вірогідності і має наступний вигляд

$$W = \frac{1}{1 + \frac{Y_1}{X_1} + \frac{Y_2}{X_2} + \dots + \frac{Y_n}{X_n}}, \text{ де}$$

W — вірогідність батьківства; Y — відносна частота аналізованої ознаки в даній популяції; X — відносна частота тієї ж ознаки у дітей, батьки яких володіють даною ознакою. Запропонована в 1938 році.

**Ессен-Мюллер Е.** (Essen-Möller E.) формула для вычисления вероятности отцовства. Она основана на теории вероятности и имеет следующий вид:

$$W = \frac{1}{1 + \frac{Y_1}{X_1} + \frac{Y_2}{X_2} + \dots + \frac{Y_n}{X_n}}, \text{ где}$$

W — вероятность отцовства; Y — относительная частота анализируемого признака в данной популяции; X — относительная частота того же признака у детей, отцы которых обладают данным признаком. Предложена в 1938 году.

**Ельбура Р.Е.** метод графічних ідентифікаційних алгоритмів для ідентифікації особи по фотознімках. Алгоритм графічний ідентифікаційний (АГИ) базується на ідеї центрального проектування, відповідно до якої 2 різних фотознімку якого-небудь об'єкту є його центральними проекціями на різні площини з різних центрів проектування. Для проведення експертизи розмічається система константних точок, потім виділені сукупності константних точок за допомогою

системи графічних побудов трансформуються в ламані лінії — графічні визначники. Питання про належність досліджуваних фотозображень одному і тому ж об'єкту вирішується шляхом візуальної оцінки зони розсіювання ділянки перетину прямих, що поєднують однойменні точки визначників. Запропонований групою латвійських учених в 1965 році.

**Эльбура Р.Э.** метод графических идентификационных алгоритмов для идентификации личности по фотоснимкам. Алгоритм графический идентификационный (АГИ) базируется на идее центрального проектирования, в соответствии с которой 2 различных фотоснимка какого-либо объекта являются его центральными проекциями на различные плоскости из различных центров проектирования. Для проведения экспертизы размечается система константных точек, затем выделенные совокупности константных точек с помощью системы графических построений трансформируются в ломаные линии — графические определители. Вопрос о принадлежности исследуемых фотоизображений одному и тому же объекту решается путем визуальной оценки зоны рассеивания области пересечения прямих, соединяющих одноименные точки определителей. Предложен группой латвийских ученых в 1965 году.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Архив криминологии и судебной медицины. Т. 1, Кн. 1., Харьков, 1926.
2. Герасименко О.І. Судово-медичний російсько-український словник-довідник//К.: Право, 1997.— 368 с.
3. Гофман Э. Учебник судебной медицины.//С.-Петербург, 1912. — 952 с.
4. Громов А.П. Курс лекций по судебной медицине.//М.: Медицина, 1970. — 312 с.
5. Дарабан Е.В. Готовые лекарственные средства (пособие для врачей и фармацевтов)//Киев, 1966. — 488 с.
6. Десятов В.П. Смерть от переохлаждения организма // Томск, 1977. — 128 с.
7. Завальнюк А.Х. Краткий словарь судебно-медицинских терминов//К.: Вища школа, 1982.— 192 с.
8. Завальнюк А.Х. Судова медицина: Курс лекцій //Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 648 с.
9. Карузин П.И. Словарь анатомических терминов// М.,-Л.: Главнаука, 1928. — 293 с.
10. Концевич И.А. Судебно-медицинская диагностика странгуляций //К.: Здоров'я, 1968. — 154 с.
11. Корнфельд Г. Руководство къ судебной медицинѣ//С.-Петербург, 1885. — 484 с.
12. Косоротов Д.П. Учебник токсикології//С.-Петербург, 1911. — 259 с.
13. Косоротов Д.П. Учебник судебной медицины//Госиздат, Москва-Ленинград, 1931. — 470 с.
14. Неклюдов Ю.А. Судебная медицина: справочник / М.: «Дрофа», 2007. — 608 с.
15. Основы судебной медицины: пособие для студентов медицинских вузов / Бронникова М.А., Гусев А.Д., Ижевский Н.И. и др.; Под ред. Проф. Н.В. Попова — М.-Л.: Медгиз, 1938. — 592 с.
16. Покровский М. Руководство къ вскрытію труповъ для начинающих//Москва, 1901. — 224 с.
17. Практикум по судебной медицине. Ред. Громов А.П.//М.: Медицина, 1971. — 263 с.
18. Райский М.И. Судебная медицина: для студентов и врачей//М.: Медгиз, 1953. — 468 с.
19. Руководство к практическим занятиям по судебной медицине/И.А. Концевич, А.С. Лесовой, В.А. Шевчук и др. Под ред. проф. И.А. Концевич. — К.: Вища школа. Головное изд-во, 1988. — 328 с.
20. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство//М.: Медгиз, 1957. — 396 с.
21. Судебная медицина (руководство для врачей). Ред.: А.Р. Деньковский А.М., Матышев//М.: Медицина, 1976. — 472 с.
22. Судова медицина: навчально-методичний посібник. Ред.: Б.В. Михайличенко. — К.: «МП Леся», 2001. — 416 с.



- 23.Сундуков В.А. Судебно-медицинская экспертиза утопления: Учебно-методическое пособие. — Астрахань, 1986. — 66 с.
- 24.Торвальд Ю. Сто лет криминалистики//М: Прогресс, 1974. —439 с.
- 25.Туманов А.К. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств//М.: Медицина, 1975. — 515 с.
- 26.Федотов О.В., Очкуренко О.М., Фенчин К.М. Морфологічний словник медичної термінології//К: Вища школа, 1985. — 312 с.
- 27.Хазанов А.Т., Чалисов И.А. Руководство по секционному курсу. Изд. 3-е. — М.: Медицина, 1984. — 176 с.
- 28.Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина: Руководство//Смоленск, 1998. — 800 с.
- 29.Хохлов В.В., Гусаков Ю.А. Энциклопедический словарь судебно-медицинских и криминалистических терминов. Видные судебные медики. — Минск: «Медисонт», 2000. — 272 с.
- 30.Шибков А.И. Лекции по судебной медицине (учение о вещественных доказательствах в судебно-медицинском отношении)//Ростов-на-Дону, 1924. — 220 с.

## **КОРОТКІ ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОГО ПОСІБНИКА**

***Мішалов В.Д.*** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри судової медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

***Войченко В.В.*** – Голова асоціації судових медиків України, кандидат медичних наук, начальник Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи;

***Алексін Г.Б.*** – кандидат медичних наук, асистент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Дніпропетровської державної медичної академії;

***Сулоєв К.М.*** - кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини Дніпропетровської державної медичної академії;

***Дунаєв О.В.*** – доктор медичних наук, професор кафедри судової медицини та медичного правознавства Харківського національного медичного університету.

## З М І С Т

ПЕРЕДМОВА.....	3
ЕПОНІМИ .....	4
ЛІТЕРАТУРА.....	168
КОРОТКІ ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОГО ПОСІБНИКА.....	170